



**Weltgesundheitsorganisation**

---

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Bericht über die 63. Tagung des  
WHO-Regionalkomitees für Europa**

**Çeşme Izmir, Türkei, 16.–19. September 2013**

## Schlüsselwörter

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
EUROPE

EUR/RC63/REC/1

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

### © Weltgesundheitsorganisation 2013

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

## Inhalt

	<i>Seite</i>
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Grußbotschaft der Generaldirektorin .....	2
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms .....	2
Sonstige Angelegenheiten .....	2
Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa.....	3
Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO/Regionalkomitees für Europa .....	9
Reform der WHO – Folgen für das Regionalbüro .....	10
Überblick über die Auswirkungen der WHO-Reform auf das Regionalbüro für Europa .....	10
Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015, einschließlich der strategischen Mittelzuweisung, und finanzielle Lage des Regionalbüros für Europa .....	12
Verfahren zur Aufstellung des Programmhaushalts 2016–2017.....	14
Ergebnisse des ersten Treffens zum Finanzierungsdialog .....	16
Umsetzung von „Gesundheit 2020“: Fortschritte und Entwicklungen seit dem RC62 und Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO .....	17
Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“, einschließlich Indikatoren.....	21
Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020.....	23
Achte Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung und Erklärung von Helsinki (zum Thema Gesundheit in allen Politikbereichen – ein Aufruf zum Handeln) sowie Europatag zu Erahrungen mit der Förderung von Gesundheit in allen Politikbereichen in der Europäischen Region.....	25
Hochrangige Tagung zum Thema Gesundheitssysteme in Zeiten weltweiter wirtschaftlicher Krisen – Lagebericht für die Europäische Region der WHO .....	26
Fortschritte in der Umsetzung des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa – Bericht des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit .....	28
Europäischer Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten .....	32
Fortschrittsbericht über die Eliminierung von Masern und Röteln und das Paket aus beschleunigten Maßnahmen zum Erreichen des Eliminierungsziels bis 2015.....	33
Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa.....	36
Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	36
Prüfung zum Stand der vom Regionalkomitee in den vergangenen zehn Jahren (2003–2012) angenommen Resolutionen und Empfehlungen in Bezug auf eine Befristung sowie Berichtspflichten .....	38
Wahlen und Nominierungen .....	39
Exekutivrat.....	40
Das Regionalkomitee beschloss, dass die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich der im Mai 2014 stattfindenden Weltgesundheitsversammlung ihre Bewerbung um einen Sitz im Exekutivrat übermitteln und sich zur Wahl stellen sollten.....	40

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	40
Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit.....	40
Regionale Beurteilungskommission.....	40
Partnerschaften für Gesundheit .....	40
Ausgelagerte Fachzentren: Geschäftsmodelle und Fortschrittsberichte.....	43
Fachzentrum für primäre Gesundheitsversorgung .....	43
Ausgelagertes Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für humanitäre und gesundheitliche Notlagen .....	44
Ausgelagertes Fachzentrum für nichtübertragbare Krankheiten.....	45
Fachzentrum zur Stärkung der Gesundheitssysteme (Büro Barcelona).....	46
Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit .....	46
Europäisches Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung (Büro Venedig).....	47
Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2014–2020) .....	48
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben .....	50
Folgebmaßnahmen zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten .....	50
Gesundheit auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 .....	51
Internationale Gesundheitsvorschriften (2005).....	52
Globaler Aktionsplan für Impfstoffe.....	53
Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung .....	54
Fortschrittsberichte.....	55
Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa ...	58
Sonstige Angelegenheiten .....	58
Abschluss der Tagung .....	58
Resolutionen und Entscheidungen .....	59
EUR/RC63/R1. Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	59
EUR/RC63/R2. Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013.....	59
EUR/RC63/R3. Indikatoren für Gesundheit 2020 .....	60
EUR/RC63/R4. Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020.....	63
EUR/RC63/R5. Die Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Ein aktueller Lagebericht über die Situation in der Europäischen Region der WHO .....	64
EUR/RC63/R6. Europäischer Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten .....	66
EUR/RC63/R7. Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa.....	67
EUR/RC63/R8. Prüfung zum Stand der vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen und Empfehlungen in Bezug auf Befristungen und Berichtspflichten.....	77
EUR/RC63/R9. Einsetzung einer Regionalen Beurteilungskommission.....	77
EUR/RC63/R10. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit.....	78
EUR/RC63/R11. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2014–2017 .....	79
EUR/RC63(1). Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Kasachstan.....	80

---

EUR/RC63(2). 4.Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei.....	80
Anlage 1. Tagesordnung.....	81
Anlage 2. Liste der Arbeitspapiere.....	84
Anhang 3: Teilnehmerliste .....	87
Anhang 4. Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa .....	113





Die 63. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 16. bis 20. September 2013 im Sheraton Hotel in Çeşme (Provinz Izmir, Türkei) statt. Auf der Tagung waren 51 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region der WHO vertreten. Außerdem waren Beobachter des Europarates, der Europäischen Union, der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen und Vertreter der Internationalen Atomenergie-Organisation, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltorganisation für Meteorologie sowie nichtstaatlicher Organisationen anwesend.

Die erste Sitzung wurde von Dr. Lars Holm, dem scheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet.

### Wahl der Tagungsleitung

In Übereinstimmung mit Regel 10 seiner Geschäftsordnung wählte das Regionalkomitee die folgende Tagungsleitung:

Dr. Mehmet Müezzinoğlu (Türkei)	Präsident
Dr. Daniel Reynders (Belgien)	Exekutivpräsidentin
Dr. Raymond Busuttil (Malta)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Frau Dagmar Reitenbach (Deutschland)	Berichterstatterin

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden von dem Präsidenten, dem türkischen Gesundheitsminister Dr. Mehmet Müezzinoğlu in einer kurzen Ansprache begrüßt, in der er die Entschlossenheit der Türkei zur Entwicklung einer nachhaltigen, evidenzbasierten Gesundheitspolitik betonte, in welcher der Mensch im Mittelpunkt steht. Die Türkei engagiere sich insbesondere für die Förderung und Stärkung einer sektorübergreifenden Verantwortung für die Gesundheit und erkenne die Bedeutung grenzüberschreitender Verpflichtungen in Bezug auf Gesundheitsthemen an. Ungeachtet der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise habe die Türkei weiter in Personal und Infrastruktur im Gesundheitsbereich investiert. Ein nationaler strategischer Aktionsplan sei gemäß den Prinzipien und Werten aus „Gesundheit 2020“ entwickelt worden. Die Türkei werbe für den gleichen Zugang zu Gesundheit für alle und vertrete die Ansicht, dass die Länder ihre Gesundheitspolitik nicht ausschließlich für ihre eigenen Bürgerinnen und Bürger betreiben sollten. Ihre besondere Sensibilität für internationale humanitäre Aspekte von Gesundheit veranlasse die Türkei auch dazu, die benachbarte Arabische Republik Syrien in diesem Sinne zu unterstützen. Die aktuelle Tagung des Regionalkomitees sei seiner Ansicht nach eine bedeutende Gelegenheit, die Bemühungen um mehr Gesundheit für alle Menschen in der Europäischen Region der WHO zu verstärken.

## **Grußbotschaft der Generaldirektorin**

Der Stellvertretende Generaldirektor überbrachte eine Grußbotschaft der Generaldirektorin und dankte der türkischen Regierung für die Ausrichtung der Tagung des Regionalkomitees. Gesundheitsthemen genössen auf der internationalen Agenda einen hohen Stellenwert. Das Programm der aktuellen Tagung sei gespickt mit wichtigen gesundheitspolitischen Themen, bei denen die Europäische Region für andere eine Vorreiterrolle übernehme. Die Europäische Region sei visionär aus Tradition: Sie habe schon zwei Jahrzehnte vor dem Rest der Welt geänderte Lebensweisen gefordert, damit die Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten bewältigt werde, und hier sei zuerst eine allgemeine Gesundheitsversorgung eingeführt und gefördert worden.

Für diese Tagung von besonderer Bedeutung seien die Vorstellung des Berichts über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO sowie die Behandlung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit. Psychische Gesundheit sei eine Frage der Menschenwürde, was auch insbesondere in der heutigen Zeit wirtschaftlicher Ungewissheit relevant sei. Der Europäische Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten sei ein weiteres wichtiges Thema auf der Tagesordnung des Regionalkomitees, denn Krankheiten wie das Dengue-Fieber drohten auch in die Europäische Region vorzudringen. Die Region könne sich vor den Problemen der Welt nicht abschotten. Hier sei auch der Faktor Klimawandel zu nennen, der zu Veränderungen im Bereich der übertragbaren Krankheiten führe. Dass weiterhin Masern und Röteln in der Region aufträten, gebe wirklich Grund zur Klage. Abschließend dankte er der Regionaldirektorin für ihren Führungsgeist und Weitblick, dem Personal des Regionalbüros für seinen unermüdlichen Einsatz sowie den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und wünschte dem Regionalkomitee eine ebenso konstruktive wie produktive Tagung.

## **Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms**

*(EUR/RC63/2 Rev.2 und EUR/RC63/3 Rev.2)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

## **Sonstige Angelegenheiten**

Das Regionalkomitee lud die Delegation der Europäischen Union für die Zeit seiner 63. Tagung zur Teilnahme ohne Stimmrecht an Zusammenkünften der Unterausschüsse, Redaktionsgruppen und sonstigen Abordnungen ein, welche Themen mit Zuständigkeiten der Europäischen Union behandelten.





## **Ansprache der WHO- Regionaldirektorin für Europa**

(EUR/RC63/5, EUR/RC63/Conf.Doc./1 Rev.1)

Die Regionaldirektorin erklärte, dass ihre im Jahr 2010 dargelegte Zukunftsvision für das Regionalbüro (Dokument EUR/RC60/8) je nach Tätigkeitsbereich entweder abgeschlossen oder zumindest weit fortgeschritten sei, und sie werde sich deshalb in ihrem Bericht über die Tätigkeit des Regionalbüros primär mit den Maßnahmen zur Umsetzung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ sowie der verschiedenen Aktionspläne und sonstigen Initiativen befassen.

„Gesundheit 2020“ sei eine von der Europäischen Region getragene Initiative, die eng mit der Reform der WHO verknüpft sei. Das Regionalbüro habe sich verschiedener nationaler und internationaler Foren bedient, um auf das Rahmenkonzept wie auch die ihm zugrunde liegende Evidenz aufmerksam zu machen. Die beiden Dokumente zu „Gesundheit 2020“ seien in den vier offiziellen Sprachen der Europäischen Region veröffentlicht worden, und der Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO werde auf dieser Tagung präsentiert. Von den anderen veröffentlichten Arbeiten seien vor allem die Studie über Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert, der Europäische Gesundheitsbericht 2012 und die von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) durchgeführte Studie über die ökonomischen Argumente für gezieltes Handeln im Bereich der öffentlichen Gesundheit hervorzuheben.

Das Regionalbüro unterstütze die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen zur Anpassung von „Gesundheit 2020“ an ihre jeweiligen Rahmenbedingungen. Zu diesem Zweck seien ein Paket aus Instrumenten und Hilfsmaterialien sowie ein konkreter Kontrollrahmen entwickelt worden. Das Regionalbüro habe seine Handlungsfähigkeit zur Unterstützung der Umsetzungsprozesse gestärkt: durch Schaffung einer neuen Fachabteilung, durch Fortsetzung der Arbeit seines Büros für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung, durch Betrachtung aller Aspekte seiner Arbeit aus der Perspektive von „Gesundheit 2020“ und durch Einbeziehung seiner strategischen Prioritäten in die operative Planung für den Zeitraum 2014–2015.

Die Regionaldirektorin schilderte die übrigen Bereiche der fachlichen Arbeit des Regionalbüros jeweils im Kontext der in „Gesundheit 2020“ genannten vier vorrangigen Handlungsfelder. Im ersten vorrangigen Handlungsfeld – Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen – sei das Regionalbüro den Ländern dabei behilflich gewesen, Ungleichgewichte in der Verteilung von Risiken in Verbindung mit Schwangerschaft und Entbindung abzubauen. Dies geschehe – mit Unterstützung der Russischen Föderation – durch Verbesserung des Zugangs von Frauen und Säuglingen zu einer hochwertigen primären Gesundheitsversorgung sowie durch qualitative Verbesserung der Krankenhausversorgung in den Ländern Zentralasiens. Durch das Gesunde-Städte-Netzwerk sei es an einem gemeinsam mit der EU-Kommission durchgeführten Projekt zur Förderung altersgerechter Umfelder beteiligt.

In dem zweiten vorrangigen Handlungsfeld – Bekämpfung der großen Krankheitslast in der Europäischen Region aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten – habe das Regionalbüro bei der Überarbeitung des Globalen Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) sowie des dazu gehörigen Kontrollrahmens die Federführung übernommen. Am Weltgesundheitstag 2013 habe das Regionalbüro die Anstrengungen der Länder im Kampf gegen Bluthochdruck und eine seiner wichtigsten Ursachen, die Salzaufnahme, kartiert. Es fördere mit Unterstützung der Russischen Föderation in zahlreichen Ländern konkrete Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten und habe in fünf Ländern Hindernisse wie Chancen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten bewertet. Darüber hinaus werde es im Dezember 2013 in Turkmenistan eine Konferenz zu dieser Thematik abhalten. Das Regionalbüro habe auch Maßnahmen eingeleitet, die an den Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten ansetzen, indem es die Länder bei der Gestaltung ihrer Alkoholpolitik und bei Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums unterstützt habe, und auch im Hinblick auf die Überarbeitung der Richtlinie der Europäischen Union für Tabakerzeugnisse habe es seine Unterstützung zugesagt. In seinem Bestreben, den Ländern bei der Bewältigung der Herausforderungen durch ungesunde Ernährung und Adipositas behilflich zu sein, habe das Regionalbüro die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 organisiert, die auf Einladung Österreichs stattgefunden und die Erklärung von Wien angenommen habe, in der ein abgestimmtes Handeln zu den verschiedenen Aspekten dieser Problematik gefordert wurde.

Darüber hinaus setzten das Regionalbüro und seine Partnerorganisationen die Aktionspläne zur Bewältigung von Gefahren für die öffentliche Gesundheit um und strebten nach Kräften die Eliminierung von Krankheiten bzw. die Aufrechterhaltung dieses Status an. Zu den konkreten ergriffenen Maßnahmen zählten die Einrichtung eines Netzwerks für die Überwachung antimikrobieller Resistenzen (AMR) in den Ländern außerhalb der EU (durch die das System der EU ergänzt werde) in Zusammenarbeit mit dem niederländischen Institut für Bevölkerungsgesundheit und Umwelt und der Europäischen Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten, aber auch die Ausweitung des Europäischen Antibiotikatages gemeinsam mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) sowie mit Unterstützung durch die Schirmherrin des Regionalbüros, Kronprinzessin Mary von Dänemark. Mit Unterstützung durch die EU-Kommission, den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und das ECDC hätten Bedienstete des Regionalbüros insgesamt 71 Länderbesuche durchgeführt und neun nationale Programme eingehend begutachtet, um für einen konsequenten Gesundheitssystemansatz zur Bekämpfung der multiresistenten und extensiv resistenten Tuberkulose (MDR-/XDR-Tb) zu werben. Das Regionalbüro arbeite zusammen mit dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS), dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) gezielt auf die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV wie auch der kongenitalen Syphilis hin und werde im Oktober 2013 eine Konsultation über den Gebrauch von Antiviralia veranstalten. Da die Eliminierung von Masern und Röteln bis 2015 aufgrund von Ausbrüchen in einigen Ländern gefährdet sei, habe das Regionalbüro ein Paket von beschleunigten Maßnahmen entwickelt und zu einem verstärkten Engagement auf diesem Gebiet aufgerufen. Die Entdeckung der Einschleppung des Poliowildvirus nach Israel und die von den dortigen Behörden mit Unterstützung durch das Regionalbüro ergriffenen Gegenmaßnahmen zeugten von der Qualität der Surveillance-Arbeit in Israel, verdeutlichten aber auch die Notwendigkeit einer erhöhten Wachsamkeit in allen Ländern der Europäischen Region. Die Regionaldirektorin versprach

die uneingeschränkte Unterstützung der WHO für die Anstrengungen der Länder in den Bereichen Impfwesen und Surveillance und schlug einen Europäischen Aktionsplan für Impfstoffe vor, der sich an dem Globalen Aktionsplan und an „Gesundheit 2020“ orientiere. Auch wenn im Bereich der Malariabekämpfung die Europäische Region zur ersten WHO-Region werden könne, der die Eliminierung der Krankheit gelinge, so schlage das Regionalbüro doch die Schaffung eines Handlungsrahmens für die Europäische Region zur Bewältigung des wachsenden Problems der wieder auftretenden Vektorkrankheiten vor, der gemeinsam mit den Mitgliedstaaten, dem ECDC und der European Mosquito Control Association ausgearbeitet werden solle.

Im dritten vorrangigen Handlungsfeld – Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen – habe das Regionalbüro seine Unterstützung zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung intensiviert. So werde es im Jahr 2013 zwei wichtige Tagungen abhalten: eine in Estland, auf der die Umsetzung der Charta von Tallinn und der künftige Handlungsbedarf bei der Stärkung der Gesundheitssysteme erörtert würden, und eine in Kasachstan, auf der der 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata begangen und die Eingliederung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen in die primäre Gesundheitsversorgung erläutert werde. Das Regionalbüro sei auf einer von Norwegen ausgerichteten Konferenz für Grundsatzentscheidungen eingetreten, die auf eine Verringerung der negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise abzielten, und habe zusammen mit der OECD für einen Dialog zwischen Gesundheits- und Finanzpolitik geworben. Ferner biete es gezielte Schulungsmaßnahmen für politische Entscheidungsträger an, wie etwa die in Barcelona stattfindende Schulung zum Thema Gesundheitsfinanzierung. Es habe die von Griechenland mit finanzieller Unterstützung durch die EU durchgeführten Reformen im Gesundheitssystem sowie ähnliche Reformvorhaben in Irland, Portugal und Zypern unterstützt. Außerdem sei das Regionalbüro den Ländern bei der Vorsorge für gesundheitliche Notlagen bzw. deren Bewältigung behilflich, arbeite an der Modernisierung und Erprobung seiner neuen Notfallzentrale, und unterstütze Länder wie Aserbaidschan, die Russische Föderation und Slowenien bei der Vorbereitung auf die gesundheitlichen Anforderungen während Massenveranstaltungen; schließlich unterstütze es auch die Türkei bei der Bewältigung der Flüchtlingsströme aus der Arabischen Republik Syrien. Auf einer Tagung in Luxemburg habe es eine Zwischenbilanz der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) gezogen und Kriterien für eine Verlängerung der Frist für den Erwerb der erforderlichen Kernkapazitäten über 2014 hinaus vorgeschlagen.

Mit Blick auf das vierte vorrangige Handlungsfeld – Schaffung stützender Umfeldler und widerstandsfähiger Gemeinschaften – unterstrich die Regionaldirektorin, das Regionalbüro unterstütze den Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit (EHMB) und die Sonderarbeitsgruppe EHTF bei der Steuerung des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa. So habe es die fachliche Unterstützung für die Länder bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus der Erklärung von Parma intensiviert und neue Netzwerke zu Themen wie Chemikaliensicherheit und Ökonomie eingerichtet.

Zum Abschluss ihrer Ansprache gab die Regionaldirektorin einen Überblick über die wichtigsten führungsbezogenen und die Politiksteuerung betreffenden Veränderungen in der WHO und erwähnte den Umzug des Regionalbüros in das neue Gebäude in der UN City im April 2013. Sie hob das beispiellose Engagement der Mitgliedstaaten sowie die Beiträge und den Einsatz der Bediensteten auf allen drei Ebenen der Organisation lobend hervor, die erhebliche Fortschritte in der Reform der WHO ermöglicht hätten. Die inhaltlichen Beiträge durch das Regionalkomitee und den Ständigen Ausschuss

fürten zu mehr Kohärenz und einer verbesserten Organisationsführung in der Europäischen Region. Weitere Vorschläge des SCRC zu Führungsfragen würden dem Regionalkomitee zur Beratung vorgelegt. Durch das 12. Allgemeine Arbeitsprogramm (GPW12) und den Programmhaushalt 2014–2015 habe das Regionalbüro eine Zukunftsvision und einen konkreten Aktionsplan erhalten. Die aus dem „Kontrakt“ für den Zeitraum 2012–2013 gezogenen Lehren hätten maßgeblich zu dem globalen Prozess beigetragen, und die Umsetzung des Programmhaushalts in die operative Planung auf Ebene der Europäischen Region werde sich an „Gesundheit 2020“ orientieren. Die Regionaldirektorin berichtete, sie hege, nachdem sie den Ko-Vorsitz in der Sonderarbeitsgruppe der WHO für die Beschaffung und Verwaltung von Finanzmitteln geführt habe, die Hoffnung, dass der Finanzierungsdialog zu einer vollständigen Finanzierung des Programmhaushalts führen werde, und erläuterte verschiedene Kostensenkungsmaßnahmen beim Regionalbüro, die die Erfüllung seiner Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedstaaten nicht beeinträchtigten. Das Regionalbüro arbeite kontinuierlich an der Ausweitung seiner Partnerschaften, u. a. durch Verstärkung der Zusammenarbeit mit der EU und ihren Institutionen sowie den Präsidentschaften im Rat der Europäischen Union, aber auch durch Unterzeichnung eines gemeinsamen Handlungsrahmens mit dem UNICEF und dem UNFPA.

In der sich anschließenden Aussprache dankten mehrere Redner und Rednerinnen der Türkei für ihre Gastfreundschaft und die Ausrichtung der Tagung des Regionalkomitees. Die Regionaldirektorin wurde in mehreren Redebeiträgen für ihren exzellenten Bericht gelobt, der den Übergang des Regionalbüros von der Planungs- zur Umsetzungsphase, die Führung des Regionalbüros durch die Regionaldirektorin sowie dessen Erfolge und Beiträge für die Mitgliedstaaten aufzeige. In weiteren Redebeiträgen wurden konkrete Anwendungen von „Gesundheit 2020“ geschildert, die vier vorrangigen Bereiche unterstützt, Fortschritte in diesen erläutert und zusätzliche Maßnahmen gefordert. Außerdem gab es aus dem Plenum Bemerkungen zu neuen, dem Regionalkomitee vorgelegten Initiativen und Vorschläge, wie die Mitgliedstaaten und Partner ihren Einsatz einzeln und gemeinsam optimieren könnten, damit mehr Gesundheit für alle in der Europäischen Region erreicht werde.

Ein Vertreter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, forderte ein koordiniertes Vorgehen bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ gemäß den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Länder und unterstützte die Schwerpunkte des Regionalbüros in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten und sie begünstigende Risikofaktoren, Stärkung der Gesundheitssysteme sowie Reform der WHO. Der vorgeschlagene Aktionsplan der Europäischen Region für psychische Gesundheit, die beschleunigten Maßnahmen gegen Masern und Röteln und der Handlungsrahmen gegen invasive Stechmückenarten und wieder auftretende Vektorkrankheiten seien begrüßenswerte neue Initiativen. Das Sekretariat werde jedoch gebeten, Resolutionsentwürfe mit einer Abschätzung der möglichen finanziellen und administrativen Folgen im Falle ihrer Annahme zu versehen, die Zahl der Resolutionen selbst auf das Minimum zu beschränken und laufende Initiativen erst umzusetzen, bevor neue vorgeschlagen würden. Die EU und ihre Mitgliedstaaten würden sich an der bevorstehenden informellen Konsultation zu einem Tagesordnungspunkt des Exekutivrates über die Gesundheit und das Wohlbefinden von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und intergeschlechtlichen Menschen beteiligen und würde es daher begrüßen, die Ansichten anderer Länder hierzu zu erfahren. Das würde dem Regionalbüro helfen, die Mitgliedstaaten in ihrem Einsatz für mehr Gesundheit für alle Menschen in der Europäischen Region zu unterstützen.

In darauf folgenden Beiträgen wurde diese Erklärung nicht nur unterstützt, sondern das Regionalbüro dringend ersucht, nicht durch neue Initiativen bereits bestehende in den Schatten zu drängen, etwa die Umsetzung der IGV (2005) und das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Dies gelte insbesondere angesichts fehlender Informationen über die finanziellen Folgen neuer Initiativen sowie das offenkundige Ungleichgewicht zwischen den dem Regionalbüro zugewiesenen Kernaufgaben und den zu ihrer Durchführung verfügbaren Ressourcen. Ferner begrüßten einige Mitgliedstaaten zwar die rechtzeitige Vorlage des überwiegenden Teils der Unterlagen für das Regionalkomitee, doch forderten einige auch einen ausgeweiteten Gebrauch der vier offiziellen Arbeitssprachen der Europäischen Region.

Einige Delegierte lobten die Beiträge des Regionalbüros zum Fortgang der WHO-Reform, insbesondere im Bereich der Finanzierungs- und Führungsaspekte und in der Klärung der Zuständigkeiten der drei Ebenen der WHO. Weitere Maßnahmen wurden gefordert und Unterstützung wurde zugesagt im Bestreben, die Organisation effizienter und effektiver zu gestalten. Das neue Verfahren zum Haushalt ermögliche mehr Transparenz und Rechenschaft in Bezug auf die Verwendung der Mittel, und der Finanzierungsdialog solle sowohl die Finanzierung der WHO sichern als auch Einblicke in Details zur strategischen Verwendung ihrer Mittel ermöglichen.

Ein Vertreter sagte im Namen der zehn am Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) beteiligten Mitgliedstaaten, dass das Regionalbüro den Ländern geholfen habe, die finanzielle Nachhaltigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu erhöhen, indem es analytisch am Aufbau der Evidenzgrundlage mitgewirkt, Erkenntnisse und Gedanken über konzeptionelle Antworten verbreitet und fachliche Unterstützung geleistet habe. Das SEEHN habe sich als herausragendes Werkzeug der Gesundheitsdiplomatie erwiesen und das Regionalbüro habe es unterstützt, indem es den Mitgliedstaaten im SEEHN innovative Instrumente zur Stärkung ihrer einschlägigen Kapazitäten an die Hand gegeben und eine Koordinierungsstelle geschaffen habe. Diese Arbeit nütze sowohl der WHO als auch dem SEEHN. Die Mitgliedstaaten im SEEHN würden über ihre Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und die Durchführung des Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten gemäß der Verpflichtung von Banja Luka während ihres vierten Ministerforums berichten.

Mehrere Delegierte lobten die vielgestaltige Arbeit des Regionalbüros mit den Ländern. Dazu zählten nicht nur die Länderbüros, sondern auch subregionale Strukturen wie das SEEHN sowie die Schaffung neuer Ansätze für kleinere Länder und die Länder-Kooperationsstrategien; die WHO und die Schweiz hätten bereits eine solche Strategie unterzeichnet und mit anderen Ländern würden weitere Strategien derzeit erarbeitet.

Neben den Maßnahmen auf nationaler Ebene wurden Prioritäten auf internationaler Ebene genannt, die ein weiteres Handeln erforderlich machten; erzielte Fortschritte müssten weiter beobachtet und gesichert werden, nicht nur durch die WHO, sondern auch durch die Mitgliedstaaten und Partner. In einer Wortmeldung wurde den Mitgliedstaaten für die Beiträge zur Resolution des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen gedankt, in der die Schaffung einer interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen unter Leitung der WHO zur Frage der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gefordert wird. Das Regionalbüro solle die Zusammenarbeit mit den Partnern stärken und die Mitgliedstaaten sollten koordinierter gegen M/XDR-Tb und AMR vorgehen. Der Delegierte eines Landes sagte zu, die Maßnahmen hiergegen zu unterstützen. Angesichts steigender HIV-Infektionsraten sollten sich die Gesundheitsminister in ihren Regierungen um zusätzliche Mittel

bemühen. Einige Delegierte forderten die Länder und Partner außerdem auf, dem Regionalbüro zu folgen in Bezug auf die Stärkung der Gesundheitssysteme, UHC, das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) und das Einbringen von Gesundheit in die entwicklungspolitische Agenda der Vereinten Nationen nach 2015. Prioritätensetzung sei entscheidend für den Erfolg.

Ein Vertreter des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria schilderte dessen Tätigkeit in der Europäischen Region und merkte an, dass die einzigartige Situation in Osteuropa und Zentralasien mit Blick auf Tuberkulose und HIV eine entschiedene Reaktion erforderlich mache. Der Globale Fonds investiere gemäß den vom Regionalkomitee angenommenen Aktionsplänen in Maßnahmen, welche die größte Wirkung erzielten, sowie in den Schutz anfälliger Bevölkerungsgruppen. Der Globale Fonds müsse seine Bemühungen im Rahmen übergeordneter Partnerschaften anpassen und bitte die Mitgliedstaaten eindringlich, ihre Unterstützung in den kommenden drei Jahren zu erhöhen. Investitionen in von der WHO empfohlene gesundheitspolitische Maßnahmen würden den Ländern und Partnerorganisationen helfen, die Tb- und HIV-Epidemien zu bekämpfen.

In ihrer Antwort dankte die Regionaldirektorin den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und die hervorragende Zusammenarbeit im zurückliegenden Jahr, insbesondere die Unterstützung der Prioritäten gemäß „Gesundheit 2020“. Sie gratulierte den Ländern zu den geschilderten Erfolgen, dankte ihnen für die Unterstützung der im Bericht einzeln genannten Aktivitäten und stellte fest, dass die Zusammenarbeit mit Ländern und Partnern wie dem Globalen Fonds für jeglichen Fortschritt unerlässlich sei. Sie werde dem Rat der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Prioritäten Folge leisten, insbesondere wo die Notwendigkeit zusätzlicher Anstrengungen erkannt worden sei. Die Stärkung des Regionalkomitees habe dazu geführt, dass das Regionalbüro von den Mitgliedstaaten wirklich vorangetrieben werde, und der SCRC habe hierbei unschätzbar wertvollen Rat erteilt. Es sei erfreulich, dass die vom Regionalbüro entwickelten Instrumente der Rechenschaftsablage in das Verfahren für den globalen Haushalt übernommen worden seien. Die fachlichen Kapazitäten des Regionalbüros würden weiter ausgebaut.

Der Stellvertretende Generaldirektor habe bemerkt, dass der Bericht der Regionaldirektorin zeige, wie sich die Europäische Region von der Strategie zur Aktion bewege. Kontrolle sei allerdings notwendig, damit die Umsetzung gesteuert und das Sekretariat zur Rechenschaft gezogen werden könnten. Der zu Führungsfragen gegebene Rat werde sichern helfen, dass die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro die finanziellen Auswirkungen aller vorgeschlagenen Maßnahmen berücksichtigen würden. Die Mitgliedstaaten sollten der WHO fortlaufend Rückmeldung geben und der aktuelle Stand der Rückmeldungen deute darauf hin, dass sich das WHO-Regionalbüro für Europa auf dem richtigen Wege befinde.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R2.



In Abwesenheit der Vorsitzenden legte der Stellvertretende Vorsitzende des SCRC den Bericht des 20. SCRC vor. Er stellte fest, dass der SCRC neben den vier ordentlichen Tagungen vier Telefonkonferenzen sowie eine E-Mail-Konsultation zu einer Reihe von Sachthemen durchgeführt habe. Der SCRC habe zudem zwei Arbeitsgruppen eingerichtet: eine zu Führungsfragen, deren Arbeit abgeschlossen sei, und eine zur strategischen Mittelzuweisung, die ihre Arbeit nach der aktuellen Tagung des Regionalkomitees aufnehmen werde. Zur Sicherung einer angemessenen Vorbereitung der aktuellen Tagung habe der SCC das Sekretariat zu verschiedenen Fragen beraten, sämtliche Dokumente und Resolutionsentwürfe geprüft, die dem Regionalkomitee zur Behandlung vorgelegt würden, und sich um erhöhte Transparenz seiner eigenen Arbeit bemüht.

Der SCRC habe das Sekretariat bei der Suche nach einem anderen Gastgeberland unterstützt, nachdem Portugal sein Angebot zur Ausrichtung der 63. Tagung zurückziehen musste. Der SCRC sei der Türkei dankbar für ihr großzügiges Angebot und die harte Arbeit zur kurzfristigen Organisation der Veranstaltung. Der SCRC habe die Bemühungen zur Förderung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ unterstützt und in diesem Zusammenhang die Bedeutung praktischer, strukturierter Hilfen für die Mitgliedstaaten betont. Der Ständige Ausschuss habe eng mit dem Sekretariat an der Fertigstellung des Kontrollrahmens für „Gesundheit 2020“ zusammengearbeitet und betont, wie wichtig es sei, dass das Meldesystem die Mitgliedstaaten unterstütze und nicht ihre Belastung erhöhe.

In Übereinstimmung mit der Regionaldirektorin sei der SCRC der Ansicht gewesen, dass die aktuelle Tagung sich auf die Prüfung der Umsetzung früher angenommener Strategien und Aktionspläne konzentrieren solle, und habe daher die Fortschrittsberichte für das Regionalkomitee sowie eine Überprüfung des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa erörtert. Er sei auch über die Ergebnisse der jüngsten hochrangigen Tagungen und Ministertreffen informiert worden. Ferner habe der SCRC das Sekretariat zu zwei Themen beraten, die neu auf der Tagesordnung des Regionalbüros seien: der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit und der Europäische Rahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten.

Angesichts der Erfahrungen mit der 62. Tagung des Regionalkomitees habe die Arbeitsgruppe zu Führungsfragen Aspekte der Transparenz und der Kommunikation zwischen dem SCRC und den Mitgliedstaaten sowie neue Verfahrensweisen für Resolutionsentwürfe und Wahlen bzw. Nominierungen für die leitenden Organe erörtert. Der Ständige Ausschuss stelle sich vollkommen hinter die Überprüfung der 46 seit 2002 vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen durch das Sekretariat, weil diese Arbeit wichtig für mehr Stimmigkeit in Politik und Führung der Region gewesen sei.

Dem SCRC seien Übersichtsberichte zu Haushalts- und Finanzfragen vorgelegt worden und er sei über Sparmaßnahmen des Regionalbüros in Kenntnis gesetzt worden, die in erster Linie die Personalkosten verringern sollten. Der SCRC habe die Anregungen für eine rationellere Gestaltung der Ausgaben begrüßt, weil sie zu größerer finanzieller Nachhaltigkeit des Regionalbüros führen würden. Die Finanzierung der Gehälter bleibe jedoch weiter problematisch und der SCRC hoffe, dass der Finanzierungsdialog hier zur Findung einer Lösung beitragen könne.

Zur Frage der Außenstellen habe der SCRC betont, dass deren Schaffung nur in Frage käme, wenn Lücken in den fachlichen Kapazitäten des Regionalbüros benannt worden seien. Für die neu vorgeschlagenen Außenstellen seien Fachprofile und Geschäftsmodelle erarbeitet worden. Der SCRC habe sie im Detail darauf geprüft, ob sie gemäß den Prioritäten der Region arbeiten, und ausführlich Elemente erörtert, die Teil der Gastlandabkommen sein sollten. Der SCRC stelle sich vollkommen hinter die Schaffung einer Außenstelle für primäre Gesundheitsversorgung in Kasachstan und einer weiteren zur Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei.

Der Stellvertretende Vorsitzende dankte allen Mitgliedern des SCRC für ihr Engagement und besonders der Vorsitzenden für ihre Hingabe und ihren Enthusiasmus.

In Beantwortung einer Frage aus dem Plenum bestätigte die Regionaldirektorin, dass die Liste nationaler Ansprechpersonen sofort nach ihrer Fertigstellung auf der passwortgeschützten Website des Regionalbüros den Mitgliedstaaten zugänglich gemacht werde.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R1.

## Reform der WHO – Folgen für das Regionalbüro

(EUR/RC63/15, EUR/RC63/19, EUR/RC63/20, EUR/RC63/21, EUR/RC63/21 Corr.1, EUR/RC63/Inf.Doc/3, EUR/RC63/Inf.Doc/4)



## Überblick über die Auswirkungen der WHO-Reform auf das Regionalbüro für Europa

Die Regionaldirektorin erinnerte daran, dass die 66. Weltgesundheitsversammlung sowohl das GPW12 als auch den Programmhaushalt 2014–2015 angenommen habe. Die programmatische Reform habe beider Vorbereitung und Annahme geprägt und zeuge vom Korpsgeist der Organisation, weil sie unter Beteiligung aller sechs Regionalbüros und des Hauptbüros stattfinde. Sie sei von den Mitgliedstaaten betrieben worden und gerade Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region seien durch die Beratung des Sekretariats stark hieran beteiligt gewesen.

Das GPW12 verkörpere die Vision und den Fahrplan der Organisation für die nächsten drei Zweijahreszeiträume, während der PB 2014–2015 (der erste zur Gänze mit sämtlichen ordentlichen und freiwilligen Beiträgen angenommene Haushalt) die Aufgaben jeder der drei Ebenen der



Organisation darlege und die Grundlage für mehr Transparenz und Rechenschaft für die Aufsicht durch die leitenden Organe der Organisation schaffe. In der Europäischen Region entwickelte Leistungsindikatoren würden im derzeitigen Zweijahreszeitraum in einem Modellversuch erprobt, die Ergebniskette des Regionalbüros habe für das globale PB 2014–2015 als Inspirationsquelle gedient und die zentralen und anderen vorrangigen Resultate des Regionalbüros fänden im PB 2014–2015 in den zu erbringenden Leistungen ihre Entsprechung. Die operative Planung für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 schreite gut voran, wobei davon ausgegangen werde, dass der Haushalt vollständig in Höhe der von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Ausgaben finanziert werde, auch wenn die endgültige Zuweisung der Mittel nicht vor Abschluss des Finanzierungsdialogs mit den Gebern gegen Ende 2013 erfolgen könne.

Die operative Planung und sämtliche reformbezogenen Aktivitäten in der Europäischen Region seien durch zwei konkrete Merkmale bestimmt: das besondere Geschäftsmodell des Regionalbüros sowie das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“. Kennzeichnend für das erste sei die Anforderung, eine große Zahl von Mitgliedstaaten mit einem bescheiden bemessenen Anteil flexibler Mittel bedienen zu müssen, was in erster Linie bedeute, dass gemeinsame Bedürfnisse durch eine Erbringung der Programme in regionsweiten Ansätzen sowie in länderübergreifender bzw. internationaler Zusammenarbeit gestillt werden müssten. Das zweite sei ein Orientierungsrahmen für sämtliche Konzepte, Strategien und Programme in der Region und erleichtere die Prioritätensetzung in jedem Programmbereich. Die Werte des Rahmenkonzepts seien vollkommen mit denen der globalen Konzepte abgestimmt und mit ihnen verzahnt.

In Bezug auf die Reform der Führungsstrukturen sei anzumerken, dass das Regionalbüro eine Partnerschaft mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik unterhalte, wie es in der Resolution der Weltgesundheitsversammlung (WHA63.10) zur Politik der WHO in Bezug auf die Zusammenarbeit mit globalen Gesundheitspartnerschaften und deren Unterhalt gefordert werde. Das Regionalbüro führe auch den Vorsitz im WHO-Lenkungsausschuss für die Beziehungen zur EU, habe „Fahrpläne“ mit der Europäischen Kommission vereinbart, seine jährlichen Arbeitspläne mit denen des ECDC abgestimmt und verstärke derzeit seine Partnerschaften mit einer Reihe zwischenstaatlicher Organisationen. Eine Partnerschaftsstrategie der Europäischen Region werde erarbeitet, wenn der umfassende operative Rahmen für die Zusammenarbeit der WHO mit nichtstaatlichen Akteuren auf globaler Ebene fertiggestellt sei.

Zur Frage der internen Führung habe der 20. SCRC in Weiterverfolgung der Beschlüsse des Regionalkomitees auf seiner 60. Tagung (Resolution EUR/RC60/R3) weitere Arbeit geleistet. Die Empfehlungen des Ständigen Ausschusses etwa zum Verfahren für die Nominierung der Mitglieder des Exekutivrates und des SCRC, zur Vorlage von Änderungsanträgen zu Resolutionsentwürfen, zur Sicherung der Transparenz der Beratungen des SCRC sowie zum Entwurf eines Verhaltenskodexes für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors würden später im Verlauf der Tagung behandelt (siehe Absätze 146–157 hierunter).

Die Bemühungen zur Verwaltungsreform konzentrierten sich auf die Schaffung von Vorhersagbarkeit, Transparenz und Flexibilität in der künftigen Finanzierung der WHO. Der Finanzierungsdialog mit potenziellen Geldgebern habe begonnen: die Kommentare der Regionalkomitees würden als strukturierter Beitrag in den zweiten Dialog einfließen, der im November 2013 durchgeführt werden

solle; die daraus gewonnenen Lehren würden dann vom Exekutivrat und von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2014 geprüft.

Ein neues und besseres, von der Basis ausgehendes Planungsverfahren werde für die Erarbeitung des PB 2016–2017 vorbereitet. Weitere Herausforderungen der kommenden zwei Jahre lägen in der Entwicklung von Methoden zur strategischen, ergebnisorientierten Mittelzuweisung, in einer besseren Handhabung der Gemeinkosten und in der Einbeziehung eines Sanierungsgesamtplans in das PB 2016–2017.

### **Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015, einschließlich der strategischen Mittelzuweisung, und finanzielle Lage des Regionalbüros für Europa**

Der Direktor für Verwaltung und Finanzen berichtete, die Mitgliedstaaten würden derzeit nach ihrem Bedarf in Bezug auf Outputs bzw. zu erbringende Leistungen (deliverables) im Programmhaushalt 2014–2015 befragt. In einem repetitiven Prozess werde die Nachfrage seitens der Mitgliedstaaten mit dem Angebot an Sachverstand (finanzielle und personelle Ressourcen) abgeglichen und in den von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Haushaltsrahmen eingepasst. Auch wenn die Inputs noch geringfügig angepasst werden könnten, so müsse das Hauptaugenmerk doch zwangsläufig weiter auf die Nachfrageseite gerichtet werden.

Eine erste Analyse des Bedarfs an fachlicher Unterstützung durch die WHO zeige eine starke Nachfrage aus Ländern mit zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA); um ihr gerecht zu werden, sei eine weitere Prioritätensetzung erforderlich. Das gleiche Konsultationsverfahren werde auch für jene Länder angewendet, die keine BCA abgeschlossen hätten, und es sei eine allmähliche Einführung von Länder-Kooperationsstrategien auf freiwilliger Basis vorgesehen. Da der Programmhaushalt 2014–2015 auf der Grundlage früherer Haushaltszahlen ausgearbeitet worden sei, und nicht im Rahmen eines umfassenden, von unten nach oben verlaufenden Ansatzes, sei es nicht verwunderlich, dass es zwischen den zugewiesenen Mitteln und der Nachfrage nach Leistungen in bestimmten für die Europäische Region maßgeblichen Bereichen (z. B. nichtübertragbare Krankheiten) Diskrepanzen gebe.

Der Programmhaushalt 2014–2015 sei gegenwärtig zu 98% geplant, wobei die Personalkosten 56% des gesamten Haushalts der Region ausmachten – ein spürbarer Rückgang gegenüber den 70% im Programmhaushalt 2012–2013. Die meisten fachlichen Arbeitskategorien seien bis zu ihrem genehmigten Etat „verplant“. Eine Ausnahme bilde die Kategorie 5 (Vorsorge, Surveillance und Reaktion), die aufgrund der erhöhten Nachfrage nach fachlicher Hilfe durch die WHO in den Bereichen antimikrobielle Resistenz und Gesundheitssicherheit um 6% „überplant“ sei.

Die der Europäischen Region nach gegenwärtigem Stand (August 2013) zur Verfügung stehenden Mittel für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 beliefen sich auf ca. 6,5 Mio. US-\$, und der Übertrag aus dem Zeitraum 2012–2013 werde auf etwa 25 Mio. US-\$ geschätzt. Das Regionalbüro erwarte für den Haushaltszeitraum 2014–2015 Mittel in der gleichen Höhe wie für 2012–2013 (141 Mio. US-\$) und strebe aufgrund des vor kurzem eingeführten Finanzierungsdialogs einen vollständig finanzierten Programmhaushalt 2014–2015 an.

Der Programmhaushalt 2012–2013 sei auf der globalen Ebene wie auch in den Regionen vollständig finanziert gewesen, doch gebe es beim Regionalbüro für Europa nach wie vor „Armutinseln“. So seien Strategische Ziele (SO) wie etwa Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Müttern, Altern in Gesundheit, Risikofaktoren und Ernährungs- und Lebensmittelsicherheit noch immer unterfinanziert. Selbst vollständig finanzierte SO, wie etwa chronische nichtübertragbare Krankheiten, wiesen gelegentlich noch Finanzierungslücken bei den Gehältern auf.

Die Delegierten begrüßten die ausführlichen Informationen, die die Regionaldirektorin und der Direktor für Verwaltung und Finanzen präsentiert hatten. Sie erklärten, der Reformprozess führe bei der WHO zu einer Verbesserung von Effektivität, Transparenz, Rechenschaftslegung und finanzieller Ausrichtung, und gratulierten den Mitgliedstaaten und dem Sekretariat zu den bisherigen Fortschritten. Dennoch bleibe die Art, in der die WHO ihre Arbeit plane, sich ihre Finanzmittel sichere und ihre Ressourcen innerhalb der Organisation verteile, eine zentrale Herausforderung, die es zu bewältigen gelte. Insbesondere sei die ungleichmäßige Verteilung der Mittel zwischen den SO problematisch. Die WHO dürfe nicht in eine Situation geraten, in der sie Aufgaben, die für die Mitgliedstaaten von entscheidender Bedeutung seien, nicht mehr erledigen könne.

Das neue, von unten nach oben verlaufende Planungsverfahren und die neue Methodik der strategischen Mittelzuweisung fanden unter den Delegierten ebenso rege Zustimmung wie die für die Planung des Programmhaushalts 2016–2017 vorgeschlagenen Grundsätze. Es wurde anerkannt, dass die WHO zwar für die zur Ausübung einer Kontrollfunktion durch die Mitgliedstaaten erforderliche Rechenschaftslegung und Transparenz sorgen müsse, dass es aber Aufgabe der Länder und der Geber sei, sich aktiv am Finanzierungsdialog zu beteiligen. Die Mitgliedstaaten seien für die Weiterverfolgung der von ihnen angenommenen Resolutionen selbst verantwortlich und müssten der WHO die Unterstützung gewähren, die sie für die Umsetzung der von den leitenden Organen festgelegten Prioritäten benötige.

Die von der Organisation eingeleiteten Bemühungen zur Mittelbeschaffung wurden begrüßt. Insbesondere wurden die während des Finanzierungsdialogs angenommenen zentralen Positionen befürwortet: Abgleichung der Mittel mit den Prioritäten der Länder, Erhöhung von Transparenz und Rechenschaftslegung durch Einrichtung eines Web-Portals und Ausweitung des Kreises der Geber. Dabei gelte es jedoch dafür zu sorgen, dass die WHO-Reform den Mitgliedstaaten keine schweren Lasten aufbürde und zu keiner Erhöhung ihrer ordentlichen Beiträge führe.

Die WHO verfüge über die Fähigkeit, eine führende Rolle bei dem gesundheitlichen Paradigmenwechsel zu übernehmen, wie sie dies vor 35 Jahren auf der Konferenz von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung getan habe. Durch ein stetiges Vorantreiben des Reformprozesses könne sie ihre Position als wichtigste Vorreiterin in der globalen Gesundheitspolitik noch ausbauen. Die Europäische Region mit ihrem progressiven Ansatz trage in dieser Hinsicht eine wesentliche Verantwortung. Sie verfüge mit dem von ihr entwickelten Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ nicht nur über ein zukunftsweisendes Dokument, sondern vor allem auch über ein Instrument für die praktische Arbeit im Rahmen des gegenwärtigen wie auch künftiger Programmhaushalte.

Anschließend wurde eine Erklärung der International Federation of Medical Students' Associations eingereicht.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC63/R2.

## **Verfahren zur Aufstellung des Programmhaushalts 2016–2017**

Der Direktor für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung beim WHO-Hauptbüro erklärte, die Annahme des Programmhaushalts 2014–2015 sei trotz dessen Übergangscharakter der erste große Schritt in der programmatischen und führungsbezogenen Reform in der WHO gewesen. Hier habe sich gezeigt, dass bei der Ausarbeitung des Programmhaushalts 2016–2017 vor allem zwei zentrale Bereiche zu berücksichtigen seien: eine Planung anhand der Prioritäten der Länder und ein einheitlicher Ansatz bei der Kostenkalkulation für die Outputs. Aus der Ausarbeitung des Programmhaushalts 2014–2015 seien sechs wesentliche Lehren gezogen worden:

- Die Prioritäten der Länder müssen genauer definiert werden, und bei ihrer Bestimmung muss ein einheitlicher Ansatz angewandt werden.
- Die Mittel für die Prioritäten der Länder müssen strategisch zugewiesen werden.
- Die Prioritäten der Länder für die fachliche Zusammenarbeit müssen mit den Haushaltszuweisungen in Übereinstimmung gebracht werden.
- Der Prozess der Prioritätensetzung in den Ländern muss in Abstimmung mit der vorgesehenen Abfolgeplanung in den Regionalbüros und beim Hauptbüro erfolgen.
- Auf allen drei Ebenen der WHO ist ein einheitlicher Ansatz für die Planung und Kostenkalkulation für Outputs und zu erbringende Leistungen erforderlich, was den schwierigsten Aspekt der Reform darstellt.
- Eine solche Kostenermittlung muss sowohl die den Outputs direkt zuordenbaren Kosten als auch die indirekten Kosten, etwa für Verwaltung, einschließen.

Zwischen Januar und Juni 2014 würden Konsultationen mit den Mitgliedstaaten stattfinden, die die Festlegung ihrer Prioritäten zum Ziel hätten. Diese würden dann im Lichte der Prioritäten in den WHO-Regionen und auf der globalen Ebene überprüft, und schließlich werde der Haushalt mit der Kostenkalkulation für Outputs und Leistungen fertiggestellt. Der Programmhaushalt 2016–2017 werde vom Exekutivrat und von der Weltgesundheitsversammlung weiter erörtert, um weitere Anregungen von den Mitgliedstaaten einzuholen.

Ein Delegierter, der im Namen der EU-Mitgliedstaaten das Wort ergriff, brachte deren Unterstützung für die WHO-Reform zum Ausdruck und fügte hinzu, diese werde die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der WHO als eine Organisation für die öffentliche Gesundheit erhöhen. Im Hinblick auf einen mit vollständigen Kostenkalkulationen versehenen Haushalt 2016–2017 müsse die Arbeit am ergebnisorientierten Management, an der Ergebniskette und an der Kostenkalkulation für die Outputs weiterhin als vorrangige Aufgabe gesehen werden. Die vor kurzem von der 118. Tagung des Exekutivrates gebilligten Grundsätze für die strategische Mittelzuweisung bildeten eine nützliche Diskussionsgrundlage. Die Zuweisung von Mitteln müsse anhand einer strategischen Planung und ergebnisorientierten Haushaltslegung erfolgen, bei der die einzelnen Etats von unten nach oben geplant, die Kostenkalkulation für Outputs vereinheitlicht und solide, messbare Indikatoren für die Outputs eingeführt würden, die sich nicht mit den Indikatoren für die Resultate (outcomes) überschneiden. Der zusammenfassende Bericht der Sonderarbeitsgruppe zur Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten der verschiedenen Ebenen der Organisation solle vom Exekutivrat im Rahmen seiner Beratungen über den Programmhaushalt 2016–2017 und die strategische Mittelzuweisung geprüft werden. Diese Arbeit sei von zentraler Bedeutung für eine effiziente Führung der Organisation und für das Konzept „Eine WHO“. Er begrüße die Bereitschaft der Generaldirektorin, flexible Haushaltsmittel

bereitzustellen, um die Funktionsfähigkeit der unentbehrlichen Programme zu gewährleisten, und sehe dem vollständigen Bericht über die Zuweisung solcher Mittel an die Tagung des Exekutivrates im Januar 2014 mit Erwartung entgegen.

Andere Delegierte stimmten ihren Vorrednern zu, dass sowohl Bottom-up- als auch Top-down-Ansätze benötigt würden, um den Prioritäten der Länder gerecht zu werden und um ein strategisches Vorgehen und die Autorität der leitenden Organe der WHO zu gewährleisten. Eine Delegierte merkte an, der Programmhaushalt 2014–2015 stelle trotz gewisser Schwächen in der Ausarbeitung eine solide und vernünftige Grundlage für die Zuweisung von Mitteln nach Maßgabe der vereinbarten Prioritäten dar. Es müsse weiterhin alles getan werden, um eine transparente und gerechte Mittelzuweisung sicherzustellen.

Mehrere Delegierte begrüßten die Einführung des Finanzierungsdialogs mit den Ländern, durch den die Transparenz des Verfahrens und auch die Glaubwürdigkeit der WHO erhöht würden. Ein Delegierter berichtete, sein Land beabsichtige eine Anpassung seiner Beiträge an die Prioritäten der WHO und werde daher künftig vollkommen flexible Haushaltsmittel zur Verfügung stellen. Solche Mittel sollten nicht zur Deckung von Gemeinkosten, sondern vielmehr als staatliche Entwicklungshilfe zur Verwirklichung von Prioritäten herangezogen werden. Externe Evaluationen von Projekten der Länder sollten künftig eine wichtigere Rolle spielen.

Ein Delegierter erklärte, auch wenn der Programmhaushalt 2014–2015 offensichtlich nur Übergangscharakter habe, so sollten doch auf der 64. Tagung des Regionalkomitees Vorschläge für ein Arbeitsprogramm für den Zeitraum 2016–2017 als Diskussionsgrundlage vorgelegt werden, um den vorgesehenen Bottom-up-Ansatz in der Haushaltsplanung zu gewährleisten. Er forderte die Vorlage eines detaillierten Haushaltsentwurfs für die Europäische Region auf der 65. Tagung, wobei von einer vollständigen Finanzierung des Haushalts ausgegangen werde, dessen Kostenkalkulation auf der Grundlage einer Ergebniskette erfolgt sei und der klar formulierte Outputs und Leistungen enthalte. Die vom Sekretariat erwarteten Leistungen und dazu gehörigen Indikatoren sollten getrennt von den gemeinsamen Resultaten aufgeführt werden, die von der WHO in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu erreichen seien. Es müsse schon zu einem frühen Zeitpunkt darüber diskutiert werden, wie künftig mit Prioritäten verfahren werde, für deren Verwirklichung während des Zweijahreszeitraums keine ausreichenden Mittel vorgesehen seien.

Ein Delegierter merkte an, dass es ein Bestandteil der Reform der WHO in der Europäischen Region sei, die Rechenschaftspflicht und Transparenz für die Büros außerhalb der Zentrale zu verbessern. Das Regionalkomitee solle objektive Kriterien für Einrichtung, Betrieb und Schließung von Länderbüros und ausgelagerten Fachzentren festlegen, um die finanziellen Auslagen und Risiken zu begrenzen. Es sei nun unbedingt erforderlich, die jeweiligen Zuständigkeiten der drei Ebenen der Organisation festzulegen. Das Regionalbüro könne hier den Weg weisen, indem es eine Kultur der Evaluation und dynamische personalwirtschaftliche Konzepte schaffe. Die ausgelagerten Büros sollten nicht auf Kosten ihrer inhaltlichen Arbeit Zeit mit der Mittelbeschaffung verbringen müssen. Der Verhaltenskodex für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors und die Änderungen an der Geschäftsordnung würden sich positiv auf die Organisationsführung beim Regionalbüro auswirken.

Der Direktor für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung beim WHO-Hauptbüro sagte, er habe aus den verschiedenen Wortmeldungen mehrere Anliegen identifiziert. Erstens sei der

Wunsch zum Ausdruck gekommen, dass zur Erstellung eines Programmhaushalts 2016–2017 mit vollständiger Kostenkalkulation und mit detaillierten Angaben zu Leistungen und Outputs die Ergebniskette herangezogen werden müsse. Zweitens müsse die Mittelzuweisung strategisch, transparent und ergebnisorientiert erfolgen und eine Bottom-up-Planung sowie eine nachfolgende Evaluation der Outputs einschließen. Das Regionalkomitee habe außerdem um eine verstärkt strategische Nutzung flexibler Mittel gebeten. Schließlich könne die auf der 118. Tagung des Exekutivrates geführte Diskussion als nützliche Grundlage für die Beratungen über die Mittelzuweisung dienen.

Die Regionaldirektorin erklärte, das Regionalbüro werde auch weiterhin inhaltlich zur WHO-Reform beitragen. Der SCRC habe beschlossen, zur Unterstützung der Generaldirektorin eine Arbeitsgruppe für strategische Mittelzuweisung einzusetzen, über deren Mandat derzeit beraten werde. Die Länder-Kooperationsstrategien hätten sich als wichtig für die Europäische Region erwiesen und würden auf weitere Länder ausgedehnt, in denen es keine Länderbüros gebe. Auch wenn beim WHO-Hauptbüro der Zeitrahmen für die auf die Länder gerichtete Politik noch nicht feststehe, so werde sich doch die Politik der Europäischen Region zu gegebener Zeit danach richten.

### **Ergebnisse des ersten Treffens zum Finanzierungsdialog**

Der Direktor für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung beim WHO-Hauptbüro sagte, der Finanzierungsdialog sei darauf angelegt, eine Deckung zwischen den vereinbarten zu erbringenden Leistungen und den zu ihrer Finanzierung erforderlichen Mitteln zu schaffen. Während einer Zusammenkunft im Juni 2013 hätten sich die Mitgliedstaaten zu gewissen Merkmalen der Finanzierung bekannt, die für die WHO von großer Bedeutung seien, hierunter die Anpassung der Finanzierung gemäß dem Programmhaushalt, die Erhöhung der Vorhersagbarkeit und Geschmeidigkeit der Finanzierung und die Ausweitung des Kreises der Beitragsgeber. Die operative Planung sei im Anschluss an diese Zusammenkunft zügig vorangeschritten, der Prototyp eines Web-Portals werde derzeit eingerichtet und es fänden bilaterale Treffen mit Mitgliedstaaten statt, die ein Interesse hieran bekundet hätten. Man wende sich auch an die sogenannten BRICS-Länder (Brasilien, Russische Föderation, Indien, China und Südafrika) und an Golfstaaten. Im November 2013 werde eine Zusammenkunft veranstaltet, auf der die Beitragsgeber Gelegenheit erhielten, Finanzierungszusagen abzugeben bzw. Finanzierungsabsichten mitzuteilen, woraus sich dann erweisen werde, welche Bereiche noch unterfinanziert seien, sodass Lösungen für jede Finanzierungslücke besprochen werden könnten. Für die Zusammenkunft seien die Daten über das PB 2014–2015, die das Sekretariat in das Web-Portal eingeben würde, ebenso erforderlich wie über die Verteilung der freiwilligen Beiträge im Zeitraum 2014–2015 nach Kategorie, Programm und größerem Büro und dafür werde die Eingabe einer erheblichen Datenmenge durch die Mitgliedstaaten und andere Geber benötigt. Als nächste Schritte der Mitgliedstaaten würden die Vereinbarung eines bilateralen Gesprächs mit dem Sekretariat und die Ermunterung leitender Vertreter ihrer Entwicklungsorganisationen und Außenministerien zur Teilnahme an dieser Zusammenkunft erwartet.



## Umsetzung von „Gesundheit 2020“: Fortschritte und Entwicklungen seit dem RC62 und Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC63/Inf.Doc./1)

Der Präsident bemerkte, dass 2013 hinsichtlich „Gesundheit 2020“ zwar keine Berichtspflicht gegenüber dem Regionalkomitee bestehe, dass der SCRC aber dennoch der Aufnahme in die Tagesordnung zugestimmt habe, damit die Mitgliedstaaten ihre Erfahrungen aus der Umsetzung austauschen könnten. Seit der Annahme von „Gesundheit 2020“ durch das Regionalkomitee im Jahr 2012 habe das Regionalbüro einige Maßnahmen ergriffen, um mehr Bewusstsein zu schaffen und die Mitgliedstaaten darin zu unterstützen, die notwendigen Voraussetzungen für die Umsetzung des Rahmenkonzepts zu schaffen. Kapazitäten müssten daher geschaffen werden, indem die Grundwerte aus „Gesundheit 2020“ angewandt, die sozialen Determinanten von Gesundheit berücksichtigt und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit für eine allgemeine Gesundheitsversorgung und bessere gesundheitliche Ergebnisse verwirklicht werden. Eine Reihe von Mitgliedstaaten hätten auf der Grundlage von „Gesundheit 2020“ schon nationale Konzepte entwickelt oder seien im Begriff dies zu tun, was auch auf subnationaler Ebene relevant sein könne, etwa im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks und des Regionen-für-Gesundheit-Netzwerks der WHO.

Die Regionaldirektorin sagte, dass „Gesundheit 2020“ mit neuen Instrumenten und Ressourcen, hierunter Online-Portale, geradezu für die praktische Umsetzung geschaffen worden sei. Das Rahmenkonzept sei auf hochrangigen Veranstaltungen vorgestellt worden und Tagungen in den Länderbüros hätten die Aufnahme und Akzeptanz in den Ländern weiter gefördert. Ein klares Anzeichen für die Akzeptanz sei, dass die meisten Länder in der Region um fachliche Unterstützung für die Einrichtung sektorübergreifender Partnerschaften gebeten hätten. Ein Land habe den Umsetzungsplan in der Praxis erprobt und weitere Länder hätten verschiedene Aspekte aus „Gesundheit 2020“ als Orientierungspunkte für ihre nationale Politikgestaltung genutzt. Das Regionalbüro selbst arbeite ganzheitlich zur Unterstützung der Länder und ziehe hierfür ergänzend zum Stammpersonal auch externe Berater heran. Zielvorgaben und Indikatoren zur Messung und Bewertung der Leistungen würden dem Komitee als Vorschläge zur Erörterung vorgelegt.

Die Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO liefere Belege dafür, dass gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden könnten. Auch wenn es noch Diskrepanzen etwa in Bezug auf die Lebenserwartung in der Europäischen Region gebe, so seien die Ursachen hierfür jetzt bekannt und es sei aufgezeigt worden, dass sie durch den allgemeinen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung in Verbindung mit sozialpolitischen Maßnahmen verringert werden könnten. Die praktischen Folgen für die Umsetzung von Empfehlungen aus der Studie sollten 2014 erörtert werden. Daher finde die Vorveröffentlichung auf der aktuellen Tagung des Regionalkomitees statt. Die offizielle Veröffentlichung erfolge Ende Oktober auf einer Veranstaltung in London. Eine weitere wichtige Neuerscheinung behandle die



Umsetzung der Visionen aus „Gesundheit 2020“ und die Politiksteuerung für Gesundheit im 21. Jahrhundert. Politiksteuerung sei eng mit den sozialen Determinanten von Gesundheit verknüpft und müsse neue Formen finden. Zwar würden die Länder vielleicht unterschiedliche Ansätze nutzen, doch seien sie sich bei aller Betonung der Besonderheiten doch einig über den Zweck.

Ein Video zu den Benachteiligungen durch soziale Determinanten von Gesundheit wurde eingespielt.

Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden wiederholte, dass „Gesundheit 2020“ als eine Strategie entwickelt worden sei, die Handlung und Neuerung in die nationalen Gesundheitspolitiken tragen und praktische Lösungen für gesundheitspolitische Herausforderungen anbieten sollte, die sich auf Erkenntnisse und Tatsachen stützten. Das Rahmenkonzept könne auch zum Vergleich der Konzepte und Strategien der Länder genutzt werden. Die Prozesse und Mechanismen zur Einbeziehung anderer Sektoren in Gesundheit-für-alle-Konzepte sowie gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze seien als Mittel zur Förderung der Gesundheit, Widerstandskraft und Befähigung der Gemeinschaften zu verstehen. Die Evidenzgrundlage legitimiere aktives Handeln, sei eine Voraussetzung für politische Entschlossenheit und untermauere argumentativ die moralischen wie ökonomischen Aspekte der Gesundheit. Jeder Aspekt der Arbeit des Regionalbüros sei mit „Gesundheit 2020“ verknüpft worden und in den Ländern arbeiteten jetzt sektorübergreifende Teams für die gemeinsame Sache. Das Umsetzungspaket enthalte Werkzeuge, Anleitungen und Angebote für die Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit zur Einbindung anderer Sektoren und in dieser Hinsicht müsse auch die Nutzung sozialer Medien weiter entwickelt werden.

Ein Mitglied des SCRC legte die Position des Ständigen Ausschusses in Bezug auf die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ dar und sagte, dass der SCRC sich sehr zufrieden über die diesbezügliche Arbeit des Regionalbüros geäußert habe. Die Mitglieder hätten eine beeindruckende Vielzahl von Aktivitäten zur Schaffung der Voraussetzungen festgestellt: Bewusstseinsbildung in der gesamten Region; Einbindung der Werte, Grundsätze und Vorgehensweisen aus „Gesundheit 2020“ in alle Aspekte der Arbeit des Regionalbüros und schließlich der Kapazitätsaufbau für eine Umsetzung auf Ebene der Region und der Länder. Der SCRC sei von dem Engagement der Regionaldirektorin und ihrem Team in der Operationalisierung von „Gesundheit 2020“ beeindruckt. Der Ständige Ausschuss habe das Umsetzungspaket begrüßt und zwar insbesondere dessen Elemente zur Einführung des Rahmenkonzepts in andere Sektoren, zur Skizzierung nationaler Gesundheitspolitiken, zur Einführung sektorübergreifender und am Lebensverlauf ausgerichteter Ansätze, zum systematischen Aufgreifen von Ungleichheiten sowie die, besonders wichtig, zur Stärkung der Gesundheitssysteme und öffentlichen Gesundheitsdienste. Der SCRC lobte das Regionalbüro wegen der Qualität der Evidenz und der praktischen Empfehlungen, die sich in mehreren Publikationen gezeigt habe, die das Rückgrat von „Gesundheit 2020“ bildeten.

Es schloss sich eine Podiumsdiskussion an, die vom Professor für öffentliche Gesundheit in Europa an der London School of Hygiene and Tropical Medicine in London moderiert wurde und an der die österreichische Sektionsleiterin für öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im österreichischen Bundesgesundheitsministerium sowie Gesundheitsministerinnen und -minister Lettlands, Litauens, Serbiens, der Türkei und der Ukraine sowie die Stellvertretende Gesundheitsministerin Montenegros beteiligt waren.



Der türkische Gesundheitsminister sagte, dass ein sektorübergreifender Ansatz für Gesundheit überzeugende Führungsarbeit erfordere, damit die anderen Ministerien mit an Bord kämen. In der Türkei sei der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in den zurückliegenden zehn Jahren erreicht worden und die Einführung der Prinzipien aus „Gesundheit 2020“ habe dieser Politik neuen Schwung verliehen. Andere Sektoren fänden nun heraus, dass Investitionen in die menschliche Gesundheit zu Verbesserungen in ihrem eigenen Bereich führten.

Die Gesundheitsminister Lettlands, Litauens und Serbiens beschrieben unterschiedliche Gremien, die zur Koordinierung des Gedankenaustausches mit anderen Ministerien über das Thema Gesundheit in allen Politikbereichen geschaffen worden seien. In Lettland und Serbien seien die Minister anderer Ressorts davon überzeugt worden, dass gute Gesundheit die Grundlage der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung ist, wogegen es sich in Litauen als schwierig erwiesen habe, alle Sektoren zu überzeugen und dort die Einbindung des Wirtschaftsressorts durch Argumente der Industrie untergraben worden sei.

Die ukrainische Gesundheitsministerin sagte, dass jede Regierung ihren eigenen Weg zur Beteiligung aller Sektoren finden müsse, allerdings sei hierfür politische Entschlossenheit zur Umsetzung aller Aspekte aus „Gesundheit 2020“ erforderlich. Dies sei in ihrem Land der Fall, wo per Gesetz verbindlich festgelegt worden sei, dass Konzept im gesamten Gesundheitssystem umzusetzen.

Die oberste Gesundheitsbeamtin Österreichs räumte ein, dass trotz der sehr hohen Lebenserwartung in ihrem Land die gesunde Lebenserwartung nach wie vor eine Herausforderung darstelle. Deshalb hätten Regierung und Parlament nun sektorübergreifende Konzepte für die Entwicklung und Verwirklichung konkreter Gesundheitsziele beschlossen. Zur Entwicklung und Priorisierung dieser insgesamt zehn Ziele sei ein Ausschuss mit Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren, einschließlich Vertretern der Zivilgesellschaft, eingesetzt worden. Nun würden als Nächstes die Umsetzung und Finanzierung ressortübergreifender Maßnahmen in Angriff genommen.

Die Stellvertretende Gesundheitsministerin Montenegros betonte die Nützlichkeit der Zusammenarbeit kleinerer Länder wie des ihrigen. Die serbische Ministerin erklärte, man habe ebenfalls die Zusammenarbeit mit Nachbarländern ausgebaut, insbesondere in Bezug auf die primäre Gesundheitsversorgung. Die ukrainische Gesundheitsministerin sagte, weil die Mittel zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ immer knapp bleiben würden, müsse Nachdruck auf die Qualität der Umsetzung gelegt werden. Es sei auch wichtig, die richtigen Partner einschließlich von Bürgerinitiativen und Freiwilligenorganisationen zu wählen und sich an internationale Organisationen zu wenden.

Mehrere der Teilnehmer bezogen sich auf Engpässe, die eine Folge der aktuellen Finanzkrise seien. Lettland habe öffentliche Gesundheitseinrichtungen schließen müssen, doch habe dies auch zu einer effizienteren und kreativeren Nutzung der Mittel und einer höheren Priorität für die primäre Gesundheitsversorgung geführt. Der litauische Gesundheitsminister führte aus, dass er während der EU-Ratspräsidentschaft seines Landes oft auf das fundamentale Missverständnis gestoßen sei, dass Investitionen in Gesundheit nur Ausgaben seien, wo sie doch tatsächlich das Wirtschaftswachstum beförderten.

In mehreren Redebeiträgen wurde das Fehlen praktischer Instrumente zur Überwindung von Schwierigkeiten mit der Umsetzung und zur Feststellung bemängelt, ob die Ergebnisse des eigenen

Landes mit denen anderer Länder vergleichbar seien. Indikatoren und Formeln seien erforderlich, um die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen messen und gute Beispiele geben zu können. Die österreichische Sektionsleiterin für öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im österreichischen Bundesgesundheitsministerium regte an, ein Glossar für das Vokabular anderer politischer Ressorts zu entwickeln, so dass die Botschaften überzeugender formuliert werden könnten.

In der sich anschließenden Aussprache im Plenum brachten einige Teilnehmer ihren tief empfundenen Enthusiasmus für „Gesundheit 2020“ zum Ausdruck. Dadurch habe die Europäische Region jetzt ein starkes Instrument an der Hand, Zielsetzungen wie mehr Gesundheit für alle, Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen und Stärkung der Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit zu verwirklichen. Ihre Ziele (zu denen auch etwa Krankheitsprävention, gesunde Lebensweisen, Solidarität, Rechenschaftspflicht und sektorübergreifende Zusammenarbeit gehörten) spiegelten sich in den Prioritäten der Gesundheitssysteme vieler Länder wider. Die Länder würden durch das Rahmenkonzept dazu angeregt, eigene innovative Konzepte insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Kinder und Menschen über 50 zu entwickeln. Das Rahmenkonzept gebe auch Anhaltspunkte dafür, wann Reformen der Gesundheitssysteme in Beantwortung der ökonomischen Krise in Angriff genommen werden sollten. Die Konzentration auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention generiere Wohlbefinden, fördere den gesellschaftlichen Zusammenhalt und trage gleichzeitig auf mittlere und längere Sicht zur Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme bei. Der Ausbau gemeindenaher Dienste und die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes wurden als weitere kosteneffektive Maßnahmen genannt. Die Ausweitung der Rollen und Aufgaben der primären Gesundheitsversorgung werde von mehreren Ländern betrieben und sei auch Gegenstand einer Konferenz, die in Almaty (Kasachstan) im November 2013 stattfinden werde.

Allerdings seien sektorübergreifende Ansätze zur Bewältigung der Determinanten von Gesundheit, etwa die Beteiligung sämtlicher Ressorts oder die Einbeziehung von Gesundheit in alle Politikbereiche, nur dann machbar, wenn ein Land bereits über einen starken Gesundheitsbereich verfüge. Es müssten Wege gefunden werden, wie Gesundheit ein zentraler Faktor in der Entwicklungsagenda werden könne. Ein vielversprechender Weg sei auch die Einbeziehung von Gesundheit in regionale (subnationale) Entwicklungspläne, der in einem Fall über das nationale Gesunde-Städte-Netzwerk besprochen worden sei. Mehrere Delegierte empfahlen dem Regionalbüro, den Ländern mehr Gelegenheit für den Austausch ihrer Erfahrungen und besten Praktiken in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu geben. Eine Kooperationsplattform wurde als Beispiel angeführt, die in einem auf fünf Jahre angelegten Projekt den Ländern zur Verfügung stehen würde, die eine Bevölkerung von unter einer Million Einwohner aufwiesen.

Der Regionaldirektorin und ihrem Team wurde für die geleistete Unterstützung gedankt. Insbesondere in einer Wortmeldung wurde die Abordnung einer internationalen Kapazität zur Zusammenarbeit mit den nationalen Bediensteten für die konzeptionelle Entwicklung gelobt. Die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ führe zu engeren Bindungen zwischen den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro.

Die Vorstellung der Untersuchung über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO wurde sehr begrüßt. Es sei wichtig, die Befunde aus der Untersuchung vollständig zu absorbieren und auch in den strategischen, fachlichen und politischen Aspekten der Arbeit der WHO zu beobachten. Das Sekretariat werde daher gebeten,

einen Resolutionsentwurf zu dieser Thematik vorzubereiten, die das Regionalkomitee auf seiner 64. Tagung behandeln könne.

Es wurden schriftliche Stellungnahmen des Verbandes der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region, des Internationalen Verbandes für die medizinische Ausbildung, des Internationalen Büros für Epilepsie, der Internationalen Gesellschaft für physikalische und rehabilitative Medizin, des Ständigen Ausschusses europäischer Ärzte und dem Weltverband der Akupunktur- und Moxibustion-Gesellschaften eingereicht.

In ihrer Antwort auf die Kommentare erläuterte die Regionaldirektorin, dass das Regionalbüro derzeit die Instrumente auf mögliche Mängel überprüfe, die zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ entworfen worden seien, hierunter auch solche, die Partner und Mitgliedstaaten entwickelt hätten. Eine Studie der OECD, ein Online-Verfahren und Hintergrundpapiere für die Sektoren, die derzeit am Regionalbüro entwickelt wurden, würden die den Mitgliedstaaten bereits zur Verfügung stehenden Mittel ergänzen. Für den Kapazitätsaufbau in den Mitgliedstaaten regte sie an, dass eine Expertengruppe gebildet werde, welche die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ fördern und die erforderlichen Aufbaumaßnahmen durchführen könne und dabei vielleicht mit einem breiter gespannten Netz aus Spezialisten zusammenarbeiten könne.

Die Regionaldirektorin stimmte zu, dass ein Resolutionsentwurf zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle dem Regionalkomitee auf dessen 64. Tagung vorgelegt werden solle. Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden regte an, dass die Länder eine Veranstaltung zur Vorstellung der gleichnamigen Studie in Erwägung ziehen könnten.



## Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“, einschließlich Indikatoren (EUR/RC63/8, EUR/RC63/Conf.Doc./7)

Die Direktorin der Abteilung Informationen, Evidenz, Forschung und Innovation im Gesundheitsbereich erinnerte daran, dass das Regionalkomitee im vergangenen Jahr das Rahmenkonzept Gesundheit 2020 „mit einer Reihe von Zielen ... sowie geeigneten Indikatoren für die Europäische Region“ angenommen hatte (Resolution EUR/RC62/R4). Aufbauend auf den Vorarbeiten einer Arbeitsgruppe des SCRC sei dementsprechend eine Sachverständigengruppe (in der auch OECD und Europäische Kommission vertreten waren) im Februar 2013 im Regionalbüro zusammengekommen und habe quantifizierte Zielvorgaben und 20 ausgewählte Indikatoren angeregt. Nach einer Prüfung durch den Ständigen Ausschuss habe im April 2013 eine schriftliche Konsultation zu den Indikatoren stattgefunden. Dreißig Mitgliedstaaten hätten sich an dieser Konsultation aktiv beteiligt und die zentralen wie zusätzlichen Indikatoren mit überwältigender Mehrheit unterstützt. Viele hervorragende und detaillierte Anregungen zu ihrer Operationalisierung und Verfeinerung seien eingegangen. Der Ständige Ausschuss habe sich während der folgenden Tagung im Mai 2013 darauf geeinigt, die

überarbeiteten Indikatoren und den beiliegenden Resolutionsentwurf dem Regionalkomitee vorzulegen.

Um die Datenprofile zu vereinheitlichen und die Berichtslast zu verringern, würden die allermeisten Indikatoren aus standardisierten Meldeverfahren gewonnen und zwei weitere erhebe das Regionalbüro bereits für die Gesundheit-für-alle-Datenbank. Der Indikator für subjektives Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit) werde auch in Untersuchungen der EU verwendet und ein Meinungsforschungsinstitut habe zugesagt, Daten zu diesem Indikator für sämtliche Mitgliedstaaten der Europäischen Region bereitzustellen. Objektive Indikatoren für das Wohlbefinden würden von einer Arbeitsgruppe und den Mitgliedstaaten bis Ende 2013 erstellt.

Die Berichterstattung falle in die Verantwortung des Sekretariats am Regionalbüro. Neben der Erwähnung im Jahresbericht der Regionaldirektorin würden zentrale Daten in einer zu diesem Zweck neu herausgegebenen Reihe veröffentlicht und 2014 sei für die Europäische Region die Schaffung einer Publikation für Gesundheitsstatistik sowie eines Portals für Gesundheitsinformationen geplant. Auch der Europäische Gesundheitsbericht 2012 enthalte umfassende statistische Daten mit dem Schwerpunkt auf Wohlbefinden.

Ein Mitglied des SCRC würdigte das beispielhafte Konsultationsverfahren, das zur Liste der vorgeschlagenen Indikatoren geführt habe. Dieser Prozess sei von der Arbeitsgruppe des SCRC zu den Zielvorgaben begleitet worden. Es sei äußerst wichtig, dass das Regionalkomitee die Indikatoren und den Kontrollrahmen annehme, damit verfolgt werden könne, ob „Gesundheit 2020“ etwas für Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region bewirke. Er betonte, dass die Indikatoren mit dem globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten abgestimmt seien und die Berichtslast für die Mitgliedstaaten daher durch sie nicht zunehme. Der Ständige Ausschuss empfehle demgemäß den Resolutionsentwurf in seiner Gänze anzunehmen.

In allen sich anschließenden Redebeiträgen wurde das Sekretariat für die exzellente Koordinierung der verschiedenen Sachverständigengruppen und das Engagement in der ausführlichen Konsultation mit den Mitgliedstaaten gelobt. Alle zeigten sich erfreut, dass Schritte unternommen worden seien, die Datenanforderungen zu standardisieren, vorhandene Datenbestände zu nutzen und eine doppelte Meldebelastung zu vermeiden. Durch die Schaffung eines einheitlichen Gesundheitsinformationssystems werde sich die Arbeitsbelastung der Spezialisten deutlich verringern. Die Aufstellung von Zielen auf Ebene der Region sei vernünftig, weil so jedes Land seine Maßnahmen gemäß der eigenen Ausgangslage festlegen könne. Ein Delegierter, der im Namen von fünf Ländern das Wort ergriff, bat um eine stärkere Aufschlüsselung der Indikatoren nach sozioökonomischen Aspekten.

Der Vorschlag zur abschließenden Formulierung der objektiven Indikatoren bis Ende 2013 wurde begrüßt. Ein Mitgliedstaat wies auf die Bedeutung der Unterstützung der Familie als Fundament der physischen und psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens künftiger Generationen hin. In einer weiteren Wortmeldung wurde um eine Erklärung für eine Textstelle im Dokument gebeten, wo es in der Säule mit den zentralen Indikatoren heiße, dass Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 Kode K00-K93) auch vorgeschlagen würden, doch in gesonderten Meldungen erfolgen sollten.

Ein Vertreter schlug im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten eine Reihe von Änderungen an dem Resolutionsentwurf vor, welche die künftige Arbeit in diesem Bereich erleichtern sollten. Die

Regionaldirektorin begrüßte die rechtzeitige Vorlage der Vorschläge, die den Entwurf weiter verbessert hätten, und bestätigte, dass sie auf einer Linie mit dem „Fahrplan“ lägen, den die Europäische Kommission und das Regionalbüro zur Schaffung eines einheitlichen Gesundheitssystemsystems vereinbart hätten.

Eine schriftliche Erklärung der International Federation of Medical Students' Associations wurde eingereicht.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation dankte den Delegierten für ihre Kommentare. Die Länder seien herzlich aufgefordert, die Daten zu den Indikatoren aufgeschlüsselt nach zum Beispiel Alter, Geschlecht, Ethnizität oder nach Kriterien wie sozioökonomischer Zugehörigkeit, Vulnerabilität und subnationaler Gruppe zu berichten, wenn diese Daten verfügbar seien. Die Daten zu den Erkrankungen des Verdauungssystems seien als zusätzliche Indikatoren zu verstehen. Das Sekretariat setze gerne die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten fort, damit bis Ende 2013 Indikatoren für objektives Wohlbefinden vereinbart werden könnten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R3.



## Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020

(Wien, 4.–5. Juli 2013)

(EUR/RC63/14, EUR/RC63/Conf.Doc./10 Rev.1)

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf sagte, 15 der 20 wichtigsten Risikofaktoren in Bezug auf die globale Krankheitslast hätten mit Ernährung und Bewegung zu tun. In 46 Ländern der Europäischen Region der WHO seien über die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig oder adipös, und in allen Ländern liege die durchschnittliche Salzaufnahme weit über dem von der WHO empfohlenen Niveau. Zwar hätten einige Länder politische Maßnahmen zur Aufklärung und Sensibilisierung der Bürger ergriffen, doch hätten nur wenige umweltbezogene und gesetzliche Veränderungen in die Wege geleitet. Im Hinblick auf die Weiterverfolgung der im Jahr 2006 angenommenen Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas sowie des Europäischen Aktionsplans der WHO für Nahrung und Ernährung (2007–2012) habe das Regionalbüro ein erneuertes Mandat zum Handeln benötigt.

Die auf der Ministerkonferenz im Juli 2013 angenommene Erklärung von Wien beinhalte fünf vorrangige Handlungsbereiche:

- Schaffung gesundheitsförderlicher Umfelder für Essen und Trinken und Unterstützung der Bewegungsförderung zugunsten aller Bevölkerungsgruppen;
- Förderung der gesundheitlichen Zugewinne aufgrund einer gesunden Ernährung im gesamten Lebensverlauf, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen;

- Verstärkung der Gesundheitssysteme für die Gesundheitsförderung und die Bereitstellung von Leistungen für nichtübertragbare Krankheiten;
- Unterstützung von Überwachung, Beobachtung, Evaluation und Erforschung des Ernährungszustands und -verhaltens der Bevölkerung;
- Stärkung von Führungsstrukturen, Bündnissen und Netzwerken und Befähigung der Bürger zur Beteiligung an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

In der Erklärung hätten die Teilnehmer der Konferenz das Regionalkomitee auch eindringlich aufgefordert, „den Auftrag zur Ausarbeitung eines neuen Aktionsplans Nahrung und Ernährung zu erteilen“ und „den Auftrag zur Ausarbeitung einer Strategie zur Bewegungsförderung als Ergänzung zu dem neuen Aktionsplan Nahrung und Ernährung zu erteilen“. Der Aktionsplan und die Strategie würden dem Regionalkomitee auf seiner 64. bzw. 65. Tagung vorgelegt.

Ein Mitglied des SCRC berichtete, nach einer ersten webgestützten Fachkonsultation habe im März 2013 in Tel Aviv eine Tagung der nationalen Ansprechpersonen der Europäischen Region für Ernährungsfragen stattgefunden, gefolgt von einer Tagung des „Aktionsnetzwerks“ im Juni 2013 in Ankara. Ferner sei eine Redaktionsgruppe mit Vertretern aus 16 Mitgliedstaaten eingesetzt worden, und die Regionaldirektorin habe ihrerseits eine „Senatorengruppe“ eingesetzt, die sie in wissenschaftlicher Hinsicht beraten und dafür Sorge tragen sollte, dass die Erklärung von Wien auf soliden wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhe. An der Ministerkonferenz hätten mehr als 300 Delegierte teilgenommen, und 43 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region hätten Delegationen entsendet, davon 28 mit ministerieller Beteiligung. Das Ergebnisdokument beinhalte umfassend die Grundsätze von „Gesundheit 2020“ und stehe im Einklang mit der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2011) und dem Globalen Aktionsplan der WHO zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) sowie der Globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern. Der SCRC ermutige deshalb das Regionalkomitee, der Erklärung von Wien zuzustimmen.

In der sich anschließenden Aussprache bedankten sich die Delegierten herzlich bei der österreichischen Regierung für die Ausrichtung der Ministerkonferenz und brachten ihre Unterstützung für die Erklärung von Wien zum Ausdruck, die als inhaltlich und strategisch äußerst wichtiger Meilenstein gerade zur rechten Zeit komme. Sie schilderten einige der bereits von ihren Ländern ergriffenen Maßnahmen zur Bewegungsförderung wie auch zur Förderung einer gesunden Ernährung und zur Bekämpfung der Adipositas, insbesondere unter Kindern und Jugendlichen – zwei Bereichen, in denen zeitgleich gehandelt werden müsse. Präventivmaßnahmen könnten nur dann Erfolg haben, wenn sie auf komplexe Art und Weise an möglichst vielen Risikofaktoren ansetzten. Deshalb sei für eine Zurückdrängung der ernährungsbedingten Risikofaktoren für Adipositas im Kindesalter ein abgestimmtes Handeln erforderlich. Ein entschlossenes Engagement auf hoher politischer Ebene und eine ressortübergreifende Zusammenarbeit seien unverzichtbar. Ein Delegierter machte insbesondere auf den potenziellen Nutzen der Bewegungsförderung aufmerksam und regte an, die Kooperationszentren der WHO könnten auf diesem Gebiet einen wesentlichen Beitrag leisten. Auch das beim SEEHN angesiedelte Zentrum für regionale Gesundheitskooperation im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten könne dazu beitragen, die Fähigkeit der Länder zur Umsetzung der Verpflichtungen auf nationaler und regionsweiter Ebene zu stärken.

Der Vorschlag zur Ausarbeitung eines Aktionsplans für Nahrung und Ernährung bzw. einer Strategie zur Bewegungsförderung wurde begrüßt, insbesondere mit Blick auf die Notwendigkeit grenzüberschreitenden Handelns. Neue Strategien, die unter das breite Dach des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ fielen, sollten dieses nach Möglichkeit ergänzen, sich seinen horizontalen Ansatz zu eigen machen und an den Grundursachen von Krankheit ansetzen. Für jegliche Beteiligung nichtstaatlicher Akteure an der Ausarbeitung des Entwurfs des Aktionsplans Nahrung und Ernährung müssten die 2014 von den leitenden Organen der WHO festzulegenden Grundsätze für die Zusammenarbeit der WHO mit nichtstaatlichen Akteuren gelten, um so jeglichen Interessenkonflikt zu vermeiden. Darüber hinaus müssten künftige Vorschläge für Aktionspläne und Strategien jeweils durch entsprechende Informationen zu ihrer inhaltlichen Begründung untermauert werden, die schon zum Zeitpunkt der ersten Vorlage Hinweise auf den Mehrwert sowie die finanziellen und sonstigen Folgen beinhalten sollte.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, schlug eine Reihe von Änderungen am Beschlussteil des Resolutionsentwurfs vor.

Anschließend wurden schriftliche Erklärungen der International Federation of Medical Students' Associations und des World Cancer Research Fund International eingereicht.

Das Regionalkomitee nahm Resolution EUR/RC63/R4 mit den beschlossenen Änderungen an.



Eine Teilnehmerin aus Finnland berichtete, auf der 8. Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung sei erkundet worden, wie sich das Konzept zur Einbeziehung von Gesundheitsaspekten in alle Politikbereiche (HiAP) auf allen Ebenen des Staates anwenden lasse, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Rolle des Konzeptes bei der Verwirklichung der MZ zu richten und das Verfahren für die Aufstellung der Entwicklungsagenda nach 2015 gebührend zu berücksichtigen sei. Beim Europatag der Konferenz seien konkrete Beispiele für Probleme und Lösungen in der Europäischen Region veranschaulicht und Themen auf der Grundlage der vorrangigen Handlungsfelder aus „Gesundheit 2020“ behandelt worden. Zu den Ergebnissen der Konferenz zählten die Erklärung von Helsinki zum Thema Gesundheit in allen Politikbereichen, die auch Empfehlungen für die Regierungen und die WHO enthalte, und der HiAP-Handlungsrahmen für die Länder. Ihre wichtigste



Botschaft habe darin bestanden, dass die Regierungen der Gesundheit unter mehreren konkurrierenden Prioritäten einen bestimmten Stellenwert einräumen und dabei transparent vorgehen sollten.

In der Diskussion dankten die Redner der finnischen Regierung und der WHO für die Organisation der Konferenz. Die Erklärung von Helsinki habe die Notwendigkeit bekräftigt, Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche einzubeziehen, um soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen und die Wirksamkeit der Gesundheitspolitik zu steigern. Sie könne auch als logische Fortsetzung der Erklärung von Moskau angesehen werden, die aus der 2011 abgehaltenen ersten globalen Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten hervorging. Die Aufnahme des Themas psychische Gesundheit in das Konferenzprogramm sei eine begrüßenswerte Entwicklung gewesen, und eine Delegierte verließ ihrer Hoffnung Ausdruck, dass das Thema auch in die Resolution der Weltgesundheitsversammlung zu der Konferenz aufgenommen werde. Eine weitere Delegierte erklärte, ein gesamtstaatliches Bekenntnis zur Gesundheitsförderung und zum HiAP-Konzept sei unabdingbar, wenn es darum gehe, der Gesundheit Vorrang einzuräumen.

## Hochrangige Tagung zum Thema Gesundheitssysteme in Zeiten weltweiter wirtschaftlicher Krisen – Lagebericht für die Europäische Region der WHO

(Oslo (Norwegen), 17.–18. April 2013)

(EUR/RC63/13, EUR/RC63/Conf.Doc./9)



Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit schilderte, wie das Regionalbüro den Mitgliedstaaten bei wirksamen Maßnahmen zur Bewältigung der Wirtschaftskrise zur Seite stehe, indem es fachliche Unterstützung, darunter solide neue Erkenntnisse, bereitstelle. Im Ergebnisdokument der hochrangigen Tagung seien zehn grundsätzliche Lehren und Empfehlungen dargelegt. Die nächsten Schritte des Regionalbüros bestünden darin, zusammen mit Partnern wie der OECD und dem Internationalen Währungsfonds einen Dialog zwischen den Ressorts Gesundheit und Finanzen in Gang zu bringen, die Gewinnung von Evidenz in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik abzuschließen, Grundsatzdialoge mit den Ländern zu führen und die Systeme für die Überwachung der gesundheitlichen Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die Gesundheit zu verbessern. Alle Aktivitäten und der gesamte Personalbedarf für diese Arbeit seien im Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 in Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) aufgenommen worden.

Der Vertreter Norwegens bezeichnete die hochrangige Tagung 2013 als folgerichtige Fortsetzung der hochrangigen Tagung zum Thema „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO“, die sein Land 2009 ausgerichtet habe. Norwegen befürworte die aus der Tagung 2013 hervorgegangenen zehn grundsätzlichen Lehren und Empfehlungen, die in einem Konsultationsprozess erarbeitet worden seien. Der Resolutionsentwurf des Regionalkomitees baue darauf ebenso auf wie auf den zwölf Empfehlungen der Tagung von 2009. Jedes weitere Jahr, in dem Haushaltsbeschränkungen auferlegt würden, erschwere die Sicherung des Zugangs zu hochwertigen Gesundheitsleistungen und die Aufrechterhaltung einer allgemeinen



Gesundheitsversorgung; deshalb lege Norwegen dem Regionalbüro eindringlich nahe, seine Führungsarbeit und Unterstützung für die Mitgliedstaaten fortzusetzen.

In der anschließenden Aussprache dankten alle Redner der Regierung Norwegens und dem Regionalbüro für die Abhaltung der hochrangigen Tagung und begrüßten die Verabschiedung des Ergebnisdokuments von Oslo. Ferner dankten die Delegierten dem Regionalbüro und dem Observatorium für die Bereitstellung von Erkenntnissen und sonstiger Unterstützung für Länder, die vor der Herausforderung stünden, die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme während der gegenwärtigen Wirtschaftskrise aufrechterhalten oder gar verbessern zu müssen. Die Redner leiteten wichtige Lehren aus den im Ergebnisdokument enthaltenen zehn Empfehlungen und aus ihren eigenen Erfolgen bei der Wahrung und dem Schutz ihrer Gesundheitssysteme und der Gesundheit der Bevölkerung ab.

Eine Delegierte, die im Namen der Mitgliedsländer des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) das Wort ergriff, begrüßte die frühzeitige Vorlage von Erkenntnissen über die gesundheitlichen Auswirkungen der Krise auf der Tagung von Oslo. Das SEEHN werde sich bei seinen nächsten konsolidierten Maßnahmen auf die zehn Lehren und Empfehlungen stützen, die an den Werten von „Gesundheit 2020“ und der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ ausgerichtet seien. Ihre Mitgliedsländer luden das Regionalbüro ein, sich an dem mehrere Partner einbeziehenden Pilotprojekt des SEEHN zu beteiligen, das hochwertige Leistungen zur Gesundheitsförderung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems erbringen solle.

Unter Berufung auf das Ergebnisdokument und ihre Erfahrungen bekräftigten die Delegierten, dass widerstandsfähige Gesundheitssysteme besser in der Lage seien, Krisen zu überstehen und ihre negativen gesundheitlichen Auswirkungen zu mindern. Neben Bedrohungen böten Krisen auch die Möglichkeit, die Gesundheitssysteme einer Strukturreform zu unterziehen und neue Wege zur Erschließung von Ressourcen zu beschreiten, darunter fiskalische Maßnahmen zur Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums. Die Länder müssten kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen ergreifen, um die Gesundheitssysteme in Krisenzeiten zu stärken und zu schützen, wozu die Aufstellung ausgeglichener Haushalte und die Rationalisierung der Leistungen gehörten, doch seien eine bessere Handhabung und Zuweisung von Ressourcen keine Allheilmittel. In die Gesundheitssysteme müsse auch investiert werden, und Investitionen, die sich gesundheitlich und wirtschaftlich als wertvoll erwiesen, würden mit höherer Wahrscheinlichkeit eine nachhaltige Finanzierung erhalten.

Der Dialog zwischen den Politikbereichen Gesundheit und Finanzen sowie ressortübergreifende Mechanismen stellten schlagkräftige Argumente im Plädoyer für die Gesundheit dar, doch seien unterstützende Erkenntnisse unverzichtbar. Vermittler solcher Erkenntnisse, wie das Regionalbüro und das Observatorium, würden benötigt, um Argumente speziell für die Entscheidungsfindung zu liefern. In einem komplexen Umfeld spiele die WHO bei der Erleichterung des Informationsaustauschs eine wertvolle Rolle. Einflussreiche Akteure in der Europäischen Region – wie die WHO, die EU und die OECD – sollten verstärkt zusammenarbeiten, um den Nutzen der Daten der Mitgliedstaaten über ihre Gesundheitssysteme zu erhöhen und bessere Instrumente zur Unterstützung der Länder anbieten zu können.

Eine schriftliche Erklärung des International Council of Nurses wurde eingereicht.

In seiner Antwort dankte der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit der Regierung Norwegens und zahlreichen anderen Mitgliedstaaten für ihre nachdrückliche Aufforderung an

das Regionalbüro, seine Führungsarbeit in Bezug auf Gesundheitsfinanzierung und finanzielle Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen fortzusetzen. Die wichtigste Botschaft an die Mitgliedstaaten zu den Wechselwirkungen zwischen Gesundheits- und Haushaltspolitik sei, dass die Regierungen selbst bei Sparzwängen die Wahl hätten, welchen Bereichen sie mehr oder weniger Mittel zuweisen. Daher sei es wichtig, Prioritäten zu setzen, wobei ein sinnvoller ressortübergreifender Dialog, die Gewinnung von Evidenz und die Mitsprache der Bevölkerung eine spürbare Rolle spielen könnten. Diese Botschaft stehe im Einklang mit der Charta von Tallinn und greife die auf der hochrangigen Tagung von 2009 gestellte Forderung auf, jeder Minister solle auch Gesundheitsminister sein. Die WHO werde sich auch weiterhin für Gesundheit als Grundrecht auf der Basis der in „Gesundheit 2020“ verankerten Werte Solidarität und Chancengleichheit einsetzen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R5.

**Fortschritte in der Umsetzung  
des Prozesses Umwelt und  
Gesundheit in Europa – Bericht  
des Europäischen  
Ministerausschusses für  
Umwelt und Gesundheit  
(EUR/RC63/10)**



Der Exekutivpräsident präsentierte den Bericht des EHMB, in dem die Durchführung von Maßnahmen geschildert wird, zu denen sich die Teilnehmer der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (Parma, 2010) verpflichtet hätten. Die Tätigkeit des Ministerausschusses sei inhaltlich eng mit „Gesundheit 2020“ verknüpft, denn die Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler sei eines der in „Gesundheit 2020“ genannten vorrangigen Handlungsfelder. Darüber hinaus habe die WHO durch den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (EPH) erstmals die Grundsätze „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und „gesamtstaatliches Handeln“ ins Spiel gebracht, die auch in „Gesundheit 2020“ von zentraler Bedeutung seien. Der EHP habe zur Schaffung rechtsverbindlicher Instrumente in Fragen von Umwelt und Gesundheit geführt und maßgeblich dazu beigetragen, die gesundheitliche Dimension des Klimawandels auf die Tagesordnung der Gesundheits- und Umweltministerien zu bringen. Seit 2010 verfüge der EHP über einen neuen Steuerungsmechanismus: Durch die EHTF und den EHMB seien alle Mitgliedstaaten und sonstigen maßgeblichen Akteure vertreten und werde die Umsetzung der Verpflichtungen aus der Konferenz von Parma koordiniert.

Ein Mitglied des SCRC berichtete, der Ständige Ausschuss habe den Bericht des EHMB geprüft und die Anstrengungen der Mitgliedstaaten und anderer maßgeblicher Akteure sowie des Sekretariats seit der fünften Ministerkonferenz in Parma begrüßt. Ein zentraler Bestandteil des erneuerten Steuerungsmechanismus des EHP sei es gewesen, den Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Verpflichtungen aus der Konferenz von Parma Orientierungshilfe zu geben. Diese sei angesichts des gegenwärtigen ökonomischen Klimas besonders wichtig, denn durch die Finanzkrise werde die Fähigkeit der Mitgliedstaaten zu Investitionen in die Primärprävention – durch Schaffung einer

sichereren und saubereren Umwelt – spürbar beeinträchtigt. Denn auch wenn solche Investitionen eine strategische Notwendigkeit darstellten und sich in Bezug auf gesundheitliche Zugewinne deutlich auszahlten, so würden sie doch oft als ein verzichtbarer Luxus über Bord geworfen oder als Hindernis für Wirtschaftswachstum angesehen. Gleichzeitig sei der EHP aufgrund seines freiwilligen Charakters von den politischen Interessen der Mitgliedstaaten und ihrer aktiven Beteiligung abhängig.

Um die Relevanz des EHP für seine beiden konstituierenden Bestandteile aufrechtzuerhalten, müsse eine Neudefinition der für die Bestimmung seiner Prioritäten maßgeblichen Kriterien angestrebt werden. Im Hinblick auf die Vorbereitung der nächsten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit im Jahr 2016 müssten Mechanismen entwickelt werden, mit denen die Mitgliedstaaten ihre jeweils eigenen Prioritäten auswählen und umsetzen könnten. Die Prioritäten müssten sich in die wichtigsten internationalen Handlungsrahmen einfügen, die seit der Konferenz von Parma eingeführt worden seien. Dabei müsse die Interdependenz ökonomischer, sozialer und ökologischer Ziele gebührend berücksichtigt werden. Zur Frage der Steuerungsmechanismen für den EHP erläuterte das Mitglied des SCRC, es seien neue institutionelle Vorkehrungen getroffen worden, um die Handlungsfähigkeit zu erhöhen, namentlich durch Aufstellung eines Arbeitsplans für die Zeit zwischen den Konferenzen.

Unter der Moderation des Koordinators für Umwelt und Gesundheit in der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt fand eine Podiumsdiskussion statt, an der die serbische Gesundheitsministerin (gleichzeitig eine der Vorsitzenden des EHMB), ein Vertreter des israelischen Gesundheitsministeriums, ein Unterabteilungsleiter aus dem deutschen Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (der andere Vorsitzende des EHMB) sowie eine Vertreterin des Exekutivsekretärs der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) teilnahmen.

Zunächst gab die serbische Gesundheitsministerin einen Überblick über die Bemühungen ihres Ministeriums zur Bewältigung der Aufgabe, nichtübertragbare Krankheiten durch kostenwirksame Maßnahmen im Bereich der Primärprävention zu beobachten, wie auf der Konferenz von Parma gefordert. So seien im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Energie, Entwicklung und Umweltschutz zwei Studien in der Stadt Zajača durchgeführt worden, von denen sich eine mit Altlastenmanagement und die andere mit einer Überwachung der Bleibelastung von Kindern befasst habe. Ferner habe eine Schulung zur Eliminierung asbestbedingter Erkrankungen in Südosteuropa stattgefunden. Außerdem sei ein nationaler Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Kinder ausgearbeitet worden, der zu einer Untersuchung in Schulen geführt habe, die darauf abziele, die Luft in den Schulräumen zu verbessern, den Kindern Zugang zu sanitären Einrichtungen zu verschaffen und Bewegungsförderung zu betreiben. Für insgesamt vier Städte seien Luftreinhaltepläne erstellt worden. Schließlich führe Serbien auch ein Projekt in Belgrad zur Förderung eines nachhaltigen städtischen Nahverkehrs durch und habe sein Interesse an der Unterzeichnung der Erklärung von Amsterdam im Rahmen des Paneuropäischen Programms für Verkehr, Gesundheit und Umwelt bekundet.

Ein Vertreter Israels, der im Namen des Umweltministeriums sprach, erkannte an, dass Gesundheit ein wesentlicher Faktor bei der Festlegung umweltpolitischer Prioritäten sei. Erkenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen von Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung würden zur Verschärfung von Umweltbestimmungen herangezogen. Nach Berichten über Infektionen mit dem West-Nil-Virus und Leishmaniose hätten die zuständigen Umweltbehörden geprüft, wie sie die Fortpflanzung von

Stechmücken und Sandfliegen unterbinden könnten. Zur Förderung gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit durch Gewährleistung des Rechts aller auf eine gesunde und sichere Umwelt seien gemeinsame Anstrengungen von Umwelt- und Gesundheitspolitik erforderlich. Grenzüberschreitende Themen wie Luftreinhaltung, Vektorenbekämpfung und Abwasserentsorgung könnten nur durch gemeinsames ressort- und länderübergreifendes Handeln in Angriff genommen werden.

Zu der Frage, ob die Investitionen in die Umwelt de facto als Investitionen in die Gesundheit verstanden werden könnten, erklärte der israelische Teilnehmer, Umwelt- und Gesundheit seien eng miteinander verknüpft, und die gesundheitlichen Folgen der Umwelt- und Entwicklungspolitik müssten sorgfältig untersucht werden.

Der Unterabteilungsleiter aus dem deutschen Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (gleichzeitig einer der Vorsitzenden des EHMB) wies darauf hin, dass Gesundheit der wichtigste Beweggrund für Umweltvorschriften sei und dass Umweltmaßnahmen meist dann mehr Unterstützung erhielten, wenn sie der menschlichen Gesundheit dienten. Die Bedeutung des EHP stehe daher außer Zweifel. In einer belasteten Umwelt leide zwangsläufig auch die Gesundheit. Eine Vielzahl multilateraler Umweltabkommen, etwa zum Verbot bestimmter Chemikalien und Pestizide oder zum Verbot von Gefahrguttransporten, seien gesundheitlich relevant. Die Politikbereiche Umwelt und Gesundheit stünden vor gemeinsamen Herausforderungen und verfolgten gemeinsame Ziele; deshalb müssten sie auch gemeinsam nach Lösungen suchen. Da Probleme wie Gewässerverschmutzung, Luftbelastung, zunehmende Verkehrsströme und Klimawandel vor Landesgrenzen nicht Halt machten, könnten sie nur durch internationale Zusammenarbeit in Angriff genommen werden. Der EHP stelle ein geeignetes Forum für die ressortübergreifende wie auch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit dar.

Die Vertreterin des Exekutivsekretärs der UNECE erklärte, ressortübergreifende Zusammenarbeit und integrierte Handlungskonzepte bildeten einen erheblichen Teil des Kerngeschäfts der UNECE. Das Gefüge von Umwelt und Gesundheit umfasse Themen von entscheidender Bedeutung: die Wirkung von Luftbelastung und Treibhausgasemissionen in zunehmend urbanisierten Umfeldern auf die menschliche Gesundheit; die Folgen des Klimawandels; und die zunehmende Sensibilisierung für die Bedeutung einer gesunden Lebensführung bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Die fünf multilateralen Umweltvereinbarungen – die Vorzeigeprodukte der Arbeit der UNECE – befassten sich mit diesen Themen und sollten als Instrumente der Gesundheitsförderung angesehen werden, deren Realisierung direkt zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in die Praxis beitrage.

Das Paneuropäische Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt der UNECE stelle ein einzigartiges Grundsatzforum dar, das gemeinsam mit dem WHO-Regionalbüro für Europa betrieben werde und das die Mitgliedstaaten dazu ermutige, einen integriertes Konzept für nachhaltige Mobilität zu verfolgen. Das Programm habe im Jahr 2009 durch die Annahme der Erklärung von Amsterdam mit ihren vier vorrangigen Zielen neue Impulse und politische Unterstützung erhalten. Gegenwärtig seien die Vorbereitungen auf die vierte hochrangige Tagung über Verkehr, Gesundheit und Umwelt im Gange, die 2014 in Paris stattfinden werde.

Der Unterabteilungsleiter aus dem deutschen Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit unterstrich mit Blick auf die Frage der Verbesserung von Politiksteuerung und institutionellen Mechanismen die besondere Bedeutung eines Arbeitsplans für die Zeit zwischen den

Konferenzen, der auch Vorbereitungstreffen für die EHTF einschließe. In Zukunft sollten die Mitgliedstaaten danach befragt werden, wie die Steuerung des EHP gestaltet werden solle. Als eine Möglichkeit zur Vorbereitung auf die bevorstehende Halbzeitbilanz werde die Abhaltung von Tagungen auf subregionaler Ebene in Erwägung gezogen. Für die jährlich stattfindenden Tagungen der EHTF würden Gastgeberländer benötigt. Es müsse ein Ausbau der Kommunikation mit den Mitgliedstaaten angestrebt werden, damit jene, die nicht im EHMB vertreten sind, dennoch vollständig in den EHP eingebunden seien. Die Umsetzung der Verpflichtungen der Konferenz von Parma müsse in den Mittelpunkt gerückt und dürfe nicht durch Anstrengungen zur Bewältigung neu entstehender Probleme beeinträchtigt werden. Die Indikatoren für die Überprüfung der Umsetzung der Verpflichtungen müssten überarbeitet und die Verfahren zur Steuerung des EHP insgesamt gestrafft werden.

In der anschließenden Diskussion begrüßten die Delegierten den Bericht des EHMB. Sie brachten ihr Bekenntnis zum EHP wie auch zur Umsetzung der Verpflichtungen von Parma zum Ausdruck. Mehrere Delegierte berichteten von ihren Erfahrungen und Erfolgen, insbesondere bei der Verbesserung von Wasserqualität und Abwasserentsorgung. In diesem Zusammenhang sei vor allem die Umsetzung des Protokolls über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen hervorzuheben.

Der Klimawandel stelle die Umwelt- und Gesundheitspolitik vor beträchtliche Herausforderungen, deren Bewältigung eine solide gemeinsame Antwort erfordere. Vor diesem Hintergrund sei das Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen (UNFCCC) ein Paradebeispiel für einen ressortübergreifenden Ansatz, und die Mitgliedstaaten sollten dafür Sorge tragen, dass die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels allgemein verstanden und in den Verhandlungen im Rahmen des UNFCCC gebührend berücksichtigt würden. Ein Delegierter wies auf die Verbindung zwischen dem Prozess Rio+20 für nachhaltige Entwicklung und dem EHP hin, unterstrich aber auch die Bedeutung der Festigung des EHP durch gestraffte, auf konkrete Ergebnisse abzielende Steuerungsverfahren, die sich an der Erklärung von Parma orientierten.

In seinem Fazit sagte der Moderator, die Podiumsdiskussion habe die Gelegenheit zur eingehenden Prüfung der Wirksamkeit der in Parma vereinbarten institutionellen Modalitäten geboten, deren Ziel darin bestehe, dem Prozess „Gesundheit in allen Politikbereichen“ eine starke politische und inhaltliche Ausrichtung zu geben. Die Beteiligung am EHP und dessen Unterstützung sollten nicht als Arbeit in Randbereichen der Gesundheitsagenda angesehen werden, sondern vielmehr als wichtige Chance, eine Vielzahl von Herausforderungen in Angriff zu nehmen. Die Krankheitslast in der Europäischen Region werde dadurch bestimmt, wie und wo die Menschen leben und arbeiten, was sie essen und welche Luft sie atmen. Das Wohlbefinden der Menschen werde zum großen Teil durch ihre Umgebung bestimmt. Der Moderator dankte den Teilnehmern für Ihre Beiträge und erklärte abschließend, die Diskussion habe die Zweckdienlichkeit und den Mehrwert des EHP für Umwelt- wie auch Gesundheitspolitik unterstrichen.

## Europäischer Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten

(EUR/RC63/9, EUR/RC63/Conf.Doc./6)



Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte, dass von Vektoren übertragene Krankheiten in der Europäischen Region der WHO ein altes wie neues Problem darstellten: alt, da sie zuvor weitgehend ausgerottet gewesen seien, neu, weil ihr Vorkommen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich zugenommen habe, insbesondere im Süden der Region. Die Einschleppung von Chikungunya in Norditalien 2007, die lokale Übertragung von Dengue-Fieber in Südfrankreich und Kroatien und die kürzlich in Madeira (Portugal) aufgetretene Dengue-Epidemie deuteten darauf hin, dass die Europäische Region bereits günstige Bedingungen für Übertragungen aufweise. Die Stechmücke *Aedes albopictus* habe sich in der Region dauerhaft angesiedelt, und das Wiederauftreten von Vektorkrankheiten sei noch wahrscheinlicher, wenn *Aedes aegypti* erneut eingeschleppt würde.

Um diese Krankheiten zu verhüten und dagegen vorzugehen, habe die WHO eine Globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung von Dengue-Fieber (2012–2020) erarbeitet und mehrere Sitzungen zu invasiven Stechmückenarten abgehalten. Das Regionalbüro habe den Mitgliedstaaten bei Bedarf fachliche Unterstützung gewährt und den Europäischen Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten im Entwurf erstellt, der dem Regionalkomitee derzeit vorliege. Der Handlungsrahmen sei dazu gedacht, Interventionen im Einklang mit „Gesundheit 2020“ zu unterstützen; dafür bedürfe es eines integrierten Ansatzes, der sektorübergreifende Aktivitäten in Partnerschaft mit zentralen Akteuren der Länder vorsehe. Ferner seien interregionale Maßnahmen, insbesondere gemeinsam mit der WHO-Region Östlicher Mittelmeerraum, erforderlich. Der in Zusammenarbeit mit dem ECDC und der European Mosquito Control Association (EMCA) entwickelte Handlungsrahmen verfolge das Ziel, auf die Problematik aufmerksam zu machen, eine integrierte Überwachung zu ermöglichen, die Einschleppung und Übertragung zu verhindern und die Kapazität zur Bekämpfung wieder auftretender Vektorkrankheiten, insbesondere Dengue-Fieber und Chikungunya, zu stärken. Eine zunehmende Bedrohung gehe nicht nur von *Aedes*-Arten, sondern auch von anderen invasiven Stechmückenarten aus, und zwar infolge des Klimawandels, des internationalen Handels, der Migration und der rasanten Stadtentwicklung. Der Weltgesundheitstag 2014 werde zum Thema Vektorkrankheiten organisiert.

Einem SCRC-Mitglied zufolge habe der Ständige Ausschuss in der gemeinsamen Überzeugung, dass die Mitgliedstaaten das Problem der wachsenden Inzidenz von Vektorkrankheiten in der Region koordiniert angehen müssten, den Entwurf des Regionalen Rahmens durchgesehen, und befürworte ihn vollständig. Der Handlungsrahmen biete wertvolle fachliche Anleitung für die Überwachung und Bekämpfung und werde sich für Partnerschaften und koordinierte Maßnahmen in den betroffenen

Gebieten als dienlich erweisen. Der SCRC empfehle dem Regionalkomitee, den Resolutionsentwurf zu verabschieden.

In der sich anschließenden Aussprache stimmten die Delegierten darin überein, dass die zunehmende und durch den internationalen Handel und Reiseverkehr noch verschärfte Bedrohung durch Vektorkrankheiten in der Europäischen Region der WHO eine Koordinierung der Gegenmaßnahmen innerhalb der Länder und zwischen ihnen erfordere. Sie begrüßten daher die Erarbeitung des Handlungsrahmens und bekundeten ihre Unterstützung für den Resolutionsentwurf. Mehrere Teilnehmer brachten ihre Entschlossenheit zum Ausdruck, der Wiedereinschleppung von invasiven Stechmückenarten und Vektorkrankheiten in die Region entgegenzuwirken, und berichteten über ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Anstrengungen. Ein Delegierter machte darauf aufmerksam, dass das Gesundheitswesen seines Landes erfolgreich gegen eine unlängst aufgetretene Dengue-Epidemie vorgegangen sei und durch gute Vorbereitung auf den Notfall Todesfälle verhindert worden seien.

Eine Delegierte schlug vor, den Resolutionsentwurf abzuändern und um Hinweise auf Stechmückenarten der Gattung *Culex* und auf das West-Nil-Fieber zu ergänzen. In einer weiteren Wortmeldung wurde eine Unterstützung der künftigen Arbeit innerhalb des Handlungsrahmens für die Europäische Region angeboten.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt stellte fest, dass der Handlungsrahmen nicht auf *Aedes*-Arten beschränkt sei. Er unterstrich die Notwendigkeit, die Überwachung und Surveillance zu verbessern, und wies darauf hin, dass viele Länder nicht mehr über funktionsfähige entomologische Dienste verfügten. Koordinierte Anstrengungen seien auf nationaler und regionaler Ebene erforderlich, und die Umsetzung der IGV (2005) könne hier eine bedeutende Rolle spielen. Die Zusammenarbeit mit dem ECDC und der EMCA bilde eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Handlungsrahmens. Zwar sei das Vorgehen gegen die Etablierung von Stechmückenvektoren ein sehr positiver Schritt, doch müssten auch Maßnahmen zur Bekämpfung anderer Vektoren ergriffen werden, die in der Region neu aufträten und eine Bedrohung darstellten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R6 in der geänderten Fassung.



Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erinnerte daran, dass das Erreichen des Eliminierungsziels für Masern und Röteln bis zum Jahr 2015 bedroht sei. Zwar seien bis 2009 im Kampf gegen die Masern große Fortschritte gemacht worden, doch bestünden aufgrund der zu niedrigen Durchimpfungsraten weiter Nester mit ungeimpften Bevölkerungsgruppen



und zudem habe es insbesondere im Westen der Region neue Ausbrüche gegeben. Daher habe das Regionalbüro beschlossen, die Aktivitäten in gewissen Ländern drastisch auszuweiten. Auch die Eliminierung der Röteln schien bis 2011 auf gutem Wege zu sein, bis die Krankheit 2012 und 2013 in Teile Osteuropas zurückkehrte. Beide Krankheiten seien keineswegs harmlos und könnten zu Komplikationen bis zum Tod führen und seien doch beide durch Impfung vermeidbar. Immer mehr Masernfälle träten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf, die als Kinder nicht geimpft wurden.

Die Kriterien für die Eliminierung beider Krankheiten aus der Region seien eine Durchimpfungsrate von mindestens 95% und das Ausbleiben endemischer Fälle in allen Mitgliedstaaten für die Dauer von mindestens drei Jahren. Die Fortschritte müssten durch hochwertige Daten aus der epidemiologischen Überwachung und zu den Impfraten dokumentiert und der WHO mitgeteilt werden, doch nicht alle Länder hätten nationale Verifizierungsausschüsse eingerichtet bzw. Jahresberichte an die Organisation übermittelt. Das Paket beschleunigter Maßnahmen zur Eliminierung von Masern und Röteln aus der Region bestehe aus sechs Komponenten: mehr Impfungen, epidemiologische Überwachung, Ausbruchsprävention und -reaktion, Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit in allen Bereichen der Gesellschaft, Mittelbeschaffung und Partnerschaften sowie Verifizierung der Eliminierung. Die grenzüberschreitende und interregionale Zusammenarbeit werde verstärkt, insbesondere auch mit der Region Östlicher Mittelmeerraum der WHO.

Die ehemalige WHO-Regionaldirektorin für Gesamtamerika Mirta Roses berichtete von den Erfahrungen ihrer Region, die zeigten, dass der Übertragung von Masern und Röteln Einhalt geboten werden könne. Dies sei durch politischen Willen, kreative Ansätze, Entschlossenheit, Solidarität und Einigkeit über das Ziel erreicht worden. 1993 seien die Masernfälle hauptsächlich in den Vereinigten Staaten von Amerika sowie in Kanada aufgetreten und die First Lady der Vereinigten Staaten habe die Eheleute weiterer Staatsoberhäupter für das Eliminierungsziel gewinnen können. Nach einem substanziellen Rückgang der Fallzahlen seien allerdings neue Aufbrüche vorgekommen und dabei habe man festgestellt, dass die Fälle in erster Linie unter Erwachsenen und jungen Erwachsenen auftraten, die im Grenzbereich zu Ländern wohnten, in denen es ungeimpfte oder zu wenig geimpfte Bevölkerungsgruppen gab. Daher seien zielgerichtete Impfkampagnen nationaler oder subnationaler Immunisierungsprogramme in diesen Gruppen durchgeführt worden, wobei gleichzeitig ein Impfstoff gegen Röteln verabreicht wurde. Die Analyse der Ausbrüche führte zu einer Heraufsetzung des Impfalters anfangs auf bis zu 14 Jahre und schließlich bis zu 39 Jahre, weil junge und erwachsene Männer als die wichtigste Quelle der Infektion für Frauen und Kinder erkannt waren. Daher wurden an allen Versammlungsorten junger Männer Impfposten eingerichtet. Der letzte Fall indigener Masern sei im Jahr 2002 verzeichnet worden und der letzte Rötelnfall im Jahr 2012.

Die Lehre hieraus sei, dass die erforderliche politische Entschlossenheit und Unterstützung gewonnen werden könne, wenn Impfung überzeugend als eine der einfachsten Schutzmaßnahmen dargestellt werde, wenn die Gemeinschaften für die Gesundheit und nicht für die Krankheit mobilisiert würden und wenn ein für die Übermittlung aussagekräftiger zeitnaher Daten erforderliches gutes Surveillance-System vorhanden sei. Die Eliminierung von Masern und Röteln demonstriere auch Fortschritte im Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit und gute Führung im Gesundheitsbereich, denn die Eliminierung beider Krankheiten sei eine kosteneffektive und machbare Maßnahme. Bewegungen aus Impfverweigerern müsse unter aktiver Beteiligung von medizinischem Fachpersonal bzw. Gesundheitspersonal begegnet werden. Kontinuierliche Wachsamkeit sei erforderlich, um die



Einschleppung von Viren zu verhindern, was insbesondere in der Europäischen Region angesichts der exponentiell zunehmenden Zahl gefährdeter Menschen wichtig sei, die wiederum auf die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Langzeitbehandlungen gegen Aids zurückzuführen sei.

Ein Delegierter erwähnte im Namen der Europäischen Union die Möglichkeit, das Zieldatum für die Eliminierung von Masern und Röteln zu verschieben und bat das Sekretariat darum, Optionen hierfür auf der 64. Tagung des Regionalkomitees vorzulegen. Große Masernausbrüche seien eine ernsthafte grenzüberschreitende Bedrohung in der Region und auch kongenitale Rötelninfektionen stellten weiter ein Problem dar. Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten würden sich weiter um die Erreichung des Ziels durch hohe Durchimpfungsraten in allen Gruppen bemühen, gerade auch in den schwer erreichbaren oder ideologisch motivierten Gruppen. Sie wollten besser auf Ausbrüche vorbereitet sein, die Impfraten beobachten und nationale Verifikationsausschüsse bilden, das Vertrauen der Öffentlichkeit in Impfungen sowie das Engagement des Gesundheitspersonals für diese stärken und Fehlinformationen der Impfgegner widerlegen.

Einige Delegierten begrüßten das Paket aus beschleunigten Maßnahmen und unterstützten es nachdrücklich, weil es eine zeitgemäße koordinierte Eliminierungsstrategie für die gesamte Region enthalte. Mehrere Delegierte erläuterten die Aktivitäten in ihren Ländern für eine Ausweitung der Impfungen insbesondere in Gruppen mit niedrigen Impfraten, für eine bessere epidemiologische Überwachung und Laborunterstützung und für mehr Bewusstsein und eine bessere Vermittlung der Impfnutzen. Eine Delegierte regte an, dass eine Informationsschrift für die Öffentlichkeit zur Sicherheit von Impfungen erstellt werden solle.

Im Namen der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung wurde eine Erklärung abgegeben.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt begrüßte in seiner Antwort auf die Kommentare aus dem Plenum den erneuten Impetus für die Eliminierung der beiden Krankheiten und dankte Dr. Roses für ihre Ausführungen über die Erfahrungen aus der Region Gesamtamerika. Er erinnerte an das Eliminierungskriterium, nämlich dass drei Jahre lang kein indigener Fall der Krankheit auftreten dürfe, und forderte Länder dennoch eindringlich dazu auf, das Ende der Übertragung bis zum Ende des Jahres 2015 anzustreben. Die Einschleppung von Fällen durch Migranten sei vielleicht unvermeidlich, doch wenn die aufnehmende Bevölkerung selbst angemessen durch Impfungen geschützt sei, könne es zu keinem Ausbruch der Krankheiten kommen. Er begrüßte die Forderung nach einer stärkeren Betonung der Sicherheit der Impfung gegenüber der Allgemeinbevölkerung ebenso wie gegenüber der medizinischen Fachwelt. Das Eliminierungsziel sei durch politische Entschlossenheit und konzertierte, koordinierte Maßnahmen erreichbar.

## Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa

(EUR/RC63/16 Rev.1, EUR/RC63/17 Rev.1,  
EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1,  
EUR/RC63/Conf.Doc./12 Rev.1)



### Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen berichtete, der Gruppe hätten die Mitglieder des SCRC aus Finnland, Israel, Malta, Polen, der Russischen Föderation, der Türkei und dem Vereinigten Königreich angehört. Nach ihrer Einsetzung auf der zweiten Tagung des 20. SCRC im November 2012 habe die Arbeitsgruppe im Februar, März und April 2013 getagt und dem SCRC auf seinen Tagungen im März und im Mai 2013 Rückmeldung erstattet.

Als Erstes sei die Arbeitsgruppe damit beauftragt worden, sechs Bereiche der Organisationsführung zu überprüfen:

- das Verfahren für die Nominierung von Mitgliedern des Exekutivrates und des SCRC;
- die Transparenz der Beratungen des SCRC;
- das Verfahren für die Vorlage und Änderung von Resolutionen des Regionalkomitees;
- den Mechanismus zur Überprüfung der Beglaubigungsschreiben für Tagungen des Regionalkomitees;
- die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des SCRC und den Mitgliedstaaten;
- Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees.

Zwei weitere Themen seien im März 2013 hinzugekommen:

- die Wahl von Mitgliedern des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit;
- ein Verhaltenskodex für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors.

Die vom SCRC befürworteten und im Dokument EUR/RC63/16 Rev.1 wiedergegebenen Empfehlungen der Arbeitsgruppe seien auch der Gegenstand des Resolutionsentwurfs, der nun dem Regionalkomitee zur Prüfung vorliege (EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1). Sie beinhalteten Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees, die in Anhang 6 des Resolutionsentwurfs aufgeführt seien.

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen schlug zwei zusätzliche Änderungen an dem Resolutionsentwurf vor. Die Kontaktinformationen der Mitglieder des SCRC sollten auf der passwortgeschützten Website eingestellt werden (Absatz 43 des Dokuments und Nr. 5 im Beschlussteil des Resolutionsentwurfs müssten entsprechend geändert werden). Außerdem solle im Hinblick auf die Förderung der Transparenz der Arbeit des SCRC der erste Punkt in Anhang 4 des Resolutionsentwurfs auf folgenden Wortlaut geändert werden: „Die Tagesordnung jeder Tagung des SCRC und eine Liste der zu behandelnden Dokumente werden künftig schon geraume Zeit vor der Tagung auf der passwortgeschützten Website veröffentlicht, und im Falle der Tagung des SCRC im

Mai werden die Entwürfe der Dokumente den Mitgliedstaaten zur selben Zeit zur Verfügung gestellt wie den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses.“

In der anschließenden Aussprache zeigte sich eine Delegierte, die im Namen von 13 Mitgliedstaaten sprach, zufrieden über die Institutionalisierung der ursprünglich auf der 60. Tagung des Regionalkomitees vorgebrachten Vorschläge. Um eine gemeinsame mittel- und langfristige Planung zu erleichtern, rief sie das Sekretariat und den SCRC dazu auf, alle Mitgliedstaaten über ihre Arbeitspläne zu informieren. Sie begrüßte die Klarheit der Anhänge des Resolutionsentwurfs mit den Kriterien für Kandidaten (Anhang 2) und dem Überblick über die freien Sitze im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss (Anhang 3) und bat darum, diese künftig stets zusammen mit dem Aufruf zur Einreichung von Nominierungen zu verteilen. Unter Hinweis auf die Beratungen auf der 60. Tagung wies sie auf die Notwendigkeit hin, die Entwürfe der Arbeitsdokumente auf Wunsch auch den nicht im SCRC vertretenen Mitgliedstaaten zur Verfügung zu stellen, und zwar jeweils in der Sprache oder den Sprachen, in denen sie für den SCRC erstellt worden seien.

Eine andere Delegierte dankte dem SCRC für seine Arbeit und dafür, dass er auch so spät eingegangene Stellungnahmen der Mitgliedstaaten noch berücksichtigt habe. Sie forderte eine Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen von in Resolutionsentwürfen vorgeschlagenen Maßnahmen und eine strikte Einhaltung des Grundsatzes der Mehrsprachigkeit. Sie stellte die Frage, ob der Beglaubigungsausschuss aus je einem Vertreter derselben Untergruppen von Ländern bestehen werde, die für die Nominierungen für den Exekutivrat und den SCRC herangezogen werden. Schließlich bat sie auch darum, den Absatz IV.4 in Abschnitt B des Verhaltenskodexes für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors der Weltgesundheitsorganisation (Anhang 6 des Resolutionsentwurfs) auf folgenden Wortlaut zu ändern: „Der Regionaldirektor kann vorschlagen, dass der Generaldirektor für Mitarbeiter, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen worden sind, eine Anwendung von Regel 650 der Personalordnung über Sonderurlaub in Erwägung zieht“, da der bisherige Wortlaut nicht im Einklang mit der genannten Regel der Personalordnung stehe.

Ein scheidendes Mitglied des Ständigen Ausschusses, das auch der Arbeitsgruppe angehört hatte, befürwortete nachdrücklich die Vorschläge des SCRC und zeigte sich stolz über die während ihrer Amtszeit erreichten Zugewinne an Transparenz. Sie forderte die nicht im SCRC vertretenen Mitgliedstaaten auf, auch weiterhin ein Augenmerk auf derartige Führungsfragen zu richten, da sie für den Aufbau und die Stärkung der Grundlagen der Integrität und des Vertrauens zwischen Mitgliedstaaten und Sekretariat von entscheidender Bedeutung seien.

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen befürwortete die Vorschläge, die gemeinsame mittel- und langfristige Planung zu erleichtern, den Mitgliedstaaten auf Wunsch die Entwürfe bestimmter Dokumente zur Verfügung zu stellen und künftig den Überblick über die freien Sitze stets zusammen mit dem Aufruf zur Einreichung von Nominierungen zu veröffentlichen. Er erklärte, die geplante Zusammensetzung des Beglaubigungsausschusses sei nicht mit den subregionalen Ländergruppierungen verbunden.

Die Regionaldirektorin stellte fest, dass es in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte bei der Stärkung der Entscheidungsbefugnisse der leitenden Organe in der Region und bei der Verbesserung der Transparenz ihrer Arbeit, aber auch in Bezug auf die Rechenschaftslegung ihnen gegenüber durch das Sekretariat gegeben habe. Auch wenn die Tagesordnung von Tagungen des Regionalkomitees

manchmal sehr umfangreich sei, so begrüße sie doch die wachsende Zahl von Themen, die von den leitenden Organen der Organisation weiterverwiesen würden, da sie als Indiz für enger werdende Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Ebenen der Organisationsführung zu werten sei. Die Frage, wie die finanziellen Auswirkungen von Resolutionsentwürfen künftig am besten darzustellen seien, werde vom SCRC im Lichte der neuen finanziellen Rahmenbedingungen aufgrund der Annahme des Programmhaushalts 2014–2015 überprüft. In der Zwischenzeit hätten die Mitglieder des Sekretariats bei der Präsentation von Resolutionsentwürfen jeweils erläutert, wie die vorgeschlagenen Maßnahmen in den von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Haushaltsrahmen passten.

Die Rechtsabteilung der Organisation bestätigte, dass die Anwendung der Regel 650 der Personalordnung im Ermessen der Generaldirektorin liege. Die vorgeschlagene Änderung am Verhaltenskodex für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors sei voll und ganz mit dieser Bestimmung vereinbar und diene sogar deren Klarstellung.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R7 in der geänderten Fassung.

### **Prüfung zum Stand der vom Regionalkomitee in den vergangenen zehn Jahren (2003–2012) angenommenen Resolutionen und Empfehlungen in Bezug auf eine Befristung sowie Berichtspflichten**

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erinnerte daran, dass das Regionalkomitee auf seiner 58. Tagung klarere Berichtspflichten und konkrete Enddaten für jede Resolution sowie eine Abkehr von der unbefristeten Berichterstattung gefordert habe (Resolution EUR/RC58/R5). Im Jahr 2012 sei dem Regionalkomitee eine Durchsicht der Verpflichtungen (durch Resolutionen, Ministerkonferenzen und Rechtsinstrumente) aus dem Zeitraum 1990–2010 vorgelegt worden. Es habe die Durchsicht begrüßt und das Sekretariat gebeten, auf der aktuellen Tagung ein Dokument vorzulegen, in der die derzeit gültigen Resolutionen überprüft und Vorschläge zu den Berichtspflichten und für ein Außerkraftsetzen unterbreitet werden.

Das zu behandelnde Arbeitspapier enthalte eine Durchsicht sämtlicher 83 Resolutionen, die das Regionalkomitee in der Zeit zwischen 2003 und 2012 angenommen habe, und sei nach den im 12. Allgemeinen Arbeitsprogramm benutzten Kategorien gegliedert. Bei 46 Resolutionen sei eine Neuregelung hinsichtlich der Berichtspflichten erforderlich und 18 Resolutionen sollten laut Vorschlag außer Kraft gesetzt werden, weil sie durch nachfolgende Resolutionen obsolet geworden seien.

Ein Mitglied des SCRC berichtete, dass Sekretariat habe dem 20. SCRC Entwürfe des Dokuments auf seiner zweiten und dritten Tagung vorgelegt. Das Ergebnis spiegele die Diskussionen und Beiträge während dieser Tagungen sowie die Ergebnisse einer Online-Konsultation mit den Mitgliedstaaten wider. Der SCRC empfehle, dass in künftigen Resolutionsentwürfen auf die Resolutionen hingewiesen werde, die durch eine Annahme obsolet würden, und dass stets die Kompatibilität mit dem Programmhaushalt und die Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ geprüft werde. Der SCRC habe das Sekretariat auch darum gebeten, eine durchsuchbare Datenbank zu entwickeln, die Querverweise zu relevanten Hintergrunddokumenten ermögliche, so dass die Gültigkeit einer Resolution in Zukunft leichter zu verfolgen sei. Der Ständige Ausschuss habe die Vorschläge in Bezug auf die

Berichterstattung und das Außerkraftsetzen unterstützt und das Sekretariat gebeten, die Praxis der unbefristeten Berichterstattung aufzugeben.

In der sich anschließenden Erörterung bat eine Delegierte darum, den Vorschlag zu Resolution EUR/RC60/R3 zu Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa, wie er unter der Kategorie 6 im Dokument EUR/RC63/17 Rev.1 gemacht sei, folgendermaßen zu ändern: „Den Ständigen Ausschuss alle fünf Jahre eine umfassende Prüfung der Führungsthematik durchführen zu lassen und dem Regionalkomitee anschließend darüber Bericht zu erstatten.“ In einer weiteren Wortmeldung wurde anerkannt, dass das Außerkraftsetzen von Resolutionen eine gute Praxis sei, welche die nationalen Gesundheitsbehörden entlasten könne, und angeregt, dass eine ähnliche Übung sinnvollerweise auch in Bezug auf die Indikatoren durchgeführt werden könne. Das Außerkraftsetzen könne als Sekundärprävention betrachtet werden, doch solle man sich vielleicht auch stärker in der Primärprävention engagieren, indem die Zahl neuer Resolutionen in Zukunft begrenzt würde.

In ihrer Antwort auf die Kommentare bestätigte die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten Gesundheitssicherheit und Umwelt, dass die vorgeschlagene Änderung an dem Text des Dokuments sich voll mit den in der Arbeitsgruppe des SCRC geäußerten Ansichten decke. Die Resolution zu den Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ (Resolution EUR/RC63/R3) sei ein gutes Beispiel für die Anwendung des Ansatzes der Begrenzung der Berichtspflichten aus einem anderen Bereich.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R8 in der geänderten Fassung.

## Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC63/7 Rev.1, EUR/RC63/7 Add.1, EUR/RC63/Conf.Doc./4, EUR/RC63/Inf.Doc./2)

Das Regionalkomitee tagte in geschlossener Sitzung, um zwei Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat zu nominieren und vier Mitglieder des SCRC und vier Mitglieder des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit zu wählen und drei Mitglieder der Regionalen Beurteilungskommission sowie deren drei Stellvertreter zu ernennen.

## Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss, dass die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich der im Mai 2014 stattfindenden Weltgesundheitsversammlung ihre Bewerbung um einen Sitz im Exekutivrat übermitteln und sich zur Wahl stellen sollten.

## Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte Belarus, Estland, Frankreich und Lettland für eine dreijährige Amtszeit von September 2013 bis September 2016 zu Mitgliedern des SCRC.

## Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee wählte Kroatien und Georgien für eine zweijährige Amtszeit (2014–2015) sowie Litauen und Spanien für eine ausnahmsweise dreijährige Amtszeit (2014–2016) im Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit.

## Regionale Beurteilungskommission

Das Regionalkomitee ernannte Herrn Dr. Daniel Reynders (Belgien), Frau Outi Kuivasniemi (Finnland) und Frau Dr. Svetlana Axelrod (Russische Föderation) zu Mitgliedern der Regionalen Beurteilungskommission, und Herrn Prof. Maksut Kulzhanov (Kasachstan), Herrn Prof. Vilius Grabauskas (Litauen) und Herrn Mykhailo Statkevych (Ukraine) zu Stellvertretern.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R9.



Der Exekutivpräsident erinnerte daran, dass das Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung eine Resolution zum Thema Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region angenommen habe, in der das Regionalbüro dazu aufgefordert werde, Partnerschaften aufzubauen, die allen Mitgliedstaaten zugute kommen, und die strategischen Beziehungen mit den Partnerorganisationen zu stärken. Seitdem seien bei der Stärkung der Beziehungen zur EU-Kommission, zur OECD und zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie zahlreichen anderen Partnerorganisationen, darunter auch nichtstaatliche Organisationen, ausgezeichnete Fortschritte erzielt worden. Um die Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu beschleunigen, würden die Beziehungen mit zwei Partnerorganisationen – dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) – intensiviert. Zu diesem Zweck werde die Regionaldirektorin mit dem UNFPA-Regionaldirektor für

Osteuropa und Zentralasien und der UNICEF-Regionaldirektorin für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten einen gemeinsamen Handlungsrahmen unterzeichnen.

Die Regionaldirektorin berichtete, in der Zusammenarbeit mit den bisherigen Partnern seien ausgezeichnete Fortschritte erzielt worden. Sie ging näher auf die Umsetzung gemeinsamer Fahrpläne mit der EU-Kommission und die gegenwärtige Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds ein, die u. a. gemeinsame Missionen und eine verstärkte Verwendung der Normen der WHO durch den Fonds beinhalte. Sie schilderte auch die Zusammenarbeit mit der OECD in Bezug auf Indikatoren und gemeinsame Informationssysteme für Gesundheit sowie die Arbeitstreffen mit dem Netzwerk leitender Haushaltsbeamter. Eine sinnvolle Abstimmung und entsprechende Synergieeffekte zwischen Organisationen der Vereinten Nationen seien von entscheidender Bedeutung für die Erreichung gemeinsamer Ziele und für eine wirksamere und effizientere Zusammenarbeit, u. a. durch den Regionalen Koordinierungsmechanismus und das Regionale Team der Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen (UNDG), das sie sehr schätze. Die interinstitutionelle Arbeitsgruppe zu den Millenniums-Entwicklungszielen habe Berichte über Fortschritte bei der Verwirklichung der MZ und über die Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 veröffentlicht, aber auch eine Reihe von Dokumenten zur Überzeugungsarbeit oder zu einzelnen Sachfragen. Viele Länderbüros der WHO seien Mitglieder in Länderteams der Vereinten Nationen und arbeiteten in Entwicklungshilferahmen der Vereinten Nationen (UNDAF). Unter der Ägide des UNDG arbeiteten mehrere Organisationen der Vereinten Nationen im Rahmen einer regionalen Arbeitsgruppe für die Roma zusammen, und die WHO arbeite auch mit anderen Organisationen daran, für die Roma relevante Fragen in die Arbeit zu den MZ 4 und 5 einzubeziehen.

Die Unterzeichnung des gemeinsamen Handlungsrahmens komme aus mehreren Gründen zu einem günstigen Zeitpunkt. Denn „Gesundheit 2020“ biete nach Auffassung anderer Organisationen hervorragende Ansatzpunkte für ihre Zusammenarbeit mit Regierungen, Parlamentariern und Zivilgesellschaft und konkret für die Mobilisierung einer breiten politischen und kulturellen Unterstützung für chancengleiche, nachhaltige und nachvollziehbare Ansätze zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung. Das Jahr 2015, das Zieldatum für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele, rücke schnell näher, doch nach wie vor bestünden große Ungleichgewichte innerhalb von wie auch zwischen Ländern in Bezug auf die Morbidität und Mortalität von Müttern und Säuglingen, die Verfügbarkeit wirksamer Angebote in der Familienplanung sowie im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, aber auch hinsichtlich der Durchimpfung gegen Infektionskrankheiten und bei der Bekämpfung von HIV und multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose.

In dem gemeinsamen Handlungsrahmen verpflichteten sich die drei Organisationen zu einer Konsolidierung ihrer Arbeit mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung für Frauen und Kinder zu verbessern und eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, insbesondere für benachteiligte und anfällige Bevölkerungsgruppen. Der Handlungsrahmen beinhalte auch Prioritäten für bilaterale Maßnahmen und bekenne sich auch zur Stärkung der gegenseitigen Rechenschaftspflicht und der Überwachung von Umsetzungsmaßnahmen.

Die UNICEF-Regionaldirektorin für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten sagte, dass in ihrer Region in Bezug auf die Sterblichkeitsraten von Kindern unter fünf Jahren sowie die Müttersterblichkeitsraten viel erreicht worden sei. Es seien enge Partnerschaften zwischen

Regierungen, Organisationen der Vereinten Nationen und anderen Entwicklungspartnern eingerichtet worden, um die Umsetzung mehrerer Programme und Initiativen zu fördern, und die Regionalen Koordinierungsmechanismen, die Länderteams der Vereinten Nationen und die UNDAF hätten eine wirksamere Unterstützung für die Länder ermöglicht. Doch es gebe nach wie vor Herausforderungen aufgrund von Diskrepanzen in den Kinder- und Müttersterblichkeitsraten, die oftmals durch nationale Durchschnittswerte verborgen würden. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen sei nicht effektiv, wenn die Leistungen nicht die nötige Qualität besäßen, und dies sei in einigen Ländern weiterhin problematisch. Weitere hartnäckige Herausforderungen seien die rapide wachsende HIV-Epidemie und die Ernährungsprobleme bei Kindern. Zu den neuen Sachfragen in Bezug auf Kinder gehörten Entwicklungsbeeinträchtigungen, die Vernachlässigung von Behinderungen, Verlassen, Missbrauch, Einweisung in psychiatrische Einrichtungen und generell die psychische Gesundheit, und es sei allgemein anerkannt, dass negative Erfahrungen in der Kindheit sich langfristig auf das Wohlbefinden in späteren Lebensphasen auswirkten. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen würden leistungsfähigere Partnerschaften für Politikgestaltung, Innovation, Wissensgewinnung und grenzüberschreitende Kooperation benötigt. Ein Versprechen zur Erfüllung der Zielvorgabe, bis zum Jahr 2035 höchstens 20 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten zu erreichen, sei von insgesamt 157 Regierungen, mehr als 400 Organisationen der Zivilgesellschaft und über 1100 Einzelpersonen unterzeichnet worden. Die Region habe die Chance, zur ersten Region zu werden, die dieses ehrgeizige Ziel erreiche.

Der gemeinsame Handlungsrahmen mit der WHO und dem UNFPA werde dazu beitragen, ihre Bemühungen zur Verwirklichung von Chancengleichheit zu konkretisieren, die Fähigkeit der öffentlichen Gesundheitssysteme zur Bereitstellung bürgernaher Angebote zu erweitern und durch eine Verzahnung der Versorgungssysteme besondere Akzente in der frühen Kindheit zu setzen. Das UNICEF freue sich deshalb über die bevorstehende Unterzeichnung des Handlungsrahmens, der es jeder Organisation ermögliche, sich auch die komparativen Vorteile der anderen zunutze zu machen. Das UNICEF sei entschlossen, den Handlungsrahmen in operative Pläne umzusetzen und dabei regelmäßige Kommunikation und Überprüfungen zu gewährleisten.

Der Direktor des UNFPA-Regionalbüros für Osteuropa und Zentralasien sagte, die Unterzeichnung des gemeinsamen Handlungsrahmens komme zu einem wichtigen Zeitpunkt auf der Agenda für Gesundheit und Entwicklung. Er werde zu mehr sozialer Chancengleichheit beitragen und zu einer besseren Abstimmung der Leistungen von Organisationen der Vereinten Nationen sowie ihrer Mitgliedstaaten beitragen. Die wissenschaftliche Untermauerung von „Gesundheit 2020“ und die Untersuchung des UNFPA über Erfolge im Rahmen des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung zeigten, dass Gesellschaften auch bei geringem oder stagnierendem Bevölkerungswachstum und einer alternden Bevölkerung gedeihen könnten, wenn sie ihre Institutionen anpassten und ausgewogen in Bildung, Gesundheit und Beschäftigungsmöglichkeiten investierten. Die in der Region bestehenden Ungleichheiten erforderten, vor allem wo sie junge Menschen beträfen, eine starke politische Führung und das Engagement eines breiten Spektrums von Akteuren.

Das UNFPA sei entschlossen, das MZ 5 voranzutreiben und einen allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie reproduktiven Rechten herzustellen, und hierzu gehöre auch die Überwindung von Ungleichgewichten beim Zugang, die Bekämpfung des Anstiegs der HIV-Infektionsraten und anderer sexuell übertragbarer Infektionen und die hohe Inzidenz von



Gebärmutterkrebs. Der gemeinsame Handlungsrahmen werde eine Chance bieten, mehr gemeinsam anzupacken und die Arbeitsmethodik zu optimieren.

Eine Vertreterin des Landes, das als nächstes die Ratspräsidentschaft in der Europäischen Union übernehmen wird, stellte fest, dass zu deren Arbeit die Thematisierung der grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren, des Tabakkonsums, der pharmazeutischen und medizinischen Produkte sowie von Drogen bzw. Drogenabhängigkeit gehöre. Sie werde die Arbeit der hochrangigen Arbeitsgruppe zur Gesundheitspolitik in Bezug auf die Schaffung moderner und lebensfähiger Gesundheitssysteme in wirtschaftlichen Krisenzeiten sowie für chronische Erkrankungen ebenso unterstützen wie in Bezug auf Migration und öffentliche Gesundheit. All das solle durch Veranstaltungen erreicht werden, zu denen auch eine Reihe hochrangiger Konferenzen zählten. Sie erklärte, die Unterstützung des Regionalbüros und der Mitgliedstaaten seien erforderlich, um diese Ziele zu erreichen.

Die Regionaldirektorin der WHO und ihre Amtskollegen von UNICEF und UNFPA unterzeichneten den gemeinsamen Handlungsrahmen.



## Ausgelagerte Fachzentren: Geschäftsmodelle und Fortschrittsberichte

(EUR/RC63/22 Rev.1,  
EUR/RC63/Conf.Doc./11 Rev.1,  
EUR/RC63/23, EUR/RC63/23 Corr.1,  
EUR/RC63/Conf.Doc./13,  
EUR/RC63/Inf.Doc./5, EUR/RC63/Inf.Doc./6,  
EUR/RC63/Inf.Doc./6 Corr.1,  
EUR/RC63/Inf.Doc./7, EUR/RC63/Inf.Doc./8,  
EUR/RC63/Inf.Doc./11, EUR/RC63/Inf.Doc./13)

## Fachzentrum für primäre Gesundheitsversorgung

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erinnerte an die historische Erklärung zur primären Gesundheitsversorgung, die 1978 im damaligen Alma-Ata (Kasachstan) unterzeichnet wurde und in der mehr soziale Gerechtigkeit, eine stärkere Einbeziehung der Basis sowie höhere Investitionen in die menschliche Gesundheit gefordert wurden. Die primäre Gesundheitsversorgung sei auch eine der tragenden Säulen von „Gesundheit 2020“. Der Arbeitsplan des Programms seiner Abteilung zur Erbringung von Gesundheitsdiensten umfasse die Stärkung der Koordination und Integration personenbezogener Gesundheitseinrichtungen, die Sicherung hochwertiger Systeme und Leistungen der Gesundheitsanbieter, die Verbesserung von Führung und Leitung und die Stärkung des Pflegeumfeldes. Das angeregte Fachzentrum werde die Sammlung von Informationen über die primäre Gesundheitsversorgung unterstützen, fachliche Qualifikationen stärken, zur Kapazität der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros beitragen und sich in Partnerschaften einbringen. Die Arbeit des Fachzentrums werde vollkommen in die des Regionalbüros eingepasst. Das Angebot Kasachstans erfülle alle wesentlichen Anforderungen für die Beherbergung eines Fachzentrums, hierunter auch dessen nachhaltige Finanzierung. Das Gastlandabkommen gebe als Sitz der Außenstelle Almaty an und bestätige die Vorrechte und Befreiungen für dessen

Bedienstete. Wenn das Regionalkomitee das Angebot annehme, könne das neue Büro bereits am 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata offiziell angekündigt werden. Er dankte der kasachischen Regierung für das großzügige und zeitgemäße Angebot.

Eine Vertreterin der angesprochenen Regierung sagte, dass sich diese vollständig hinter den Bericht und das Geschäftsmodell stelle. Zugängliche und hochwertige primäre Gesundheitsversorgung sei insbesondere in ländlichen Gebieten unentbehrlich und sei auch wichtig für die Verringerung der Risiken, an einer nichtübertragbaren Krankheit zu erkranken. Sie sei überzeugt, dass die Regierung alle notwendigen Voraussetzungen für die Einrichtung eines Fachzentrums erfüllt habe und sehe seinem Betrieb erwartungsvoll entgegen.

Ein Mitglied des SCRC führte aus, dass die primäre Gesundheitsversorgung der Eckstein sei, auf dem personenzentrierte, integrierte Gesundheitssysteme aufgebaut seien und dass sie auch eine Priorität für die WHO darstelle, doch verfüge das Regionalbüro leider nicht über hinreichende Kapazitäten, den vielen Bitten aus den Mitgliedstaaten um fachliche Unterstützung nachzukommen. Sie erläuterte das Verfahren, in dem die Fachprofile und Geschäftsmodelle für neue Außenstellen unter voller Beteiligung des SCRC entwickelt, geprüft und fertiggestellt worden seien. Sie lobte den transparenten Prozess und sagte, dass der SCRC sich vollständig hinter das Geschäftsmodell und das Angebot aus Kasachstan stelle.

Die Delegierten begrüßten das Angebot Kasachstans, das insbesondere angesichts der derzeitigen Finanzkrise zur rechten Zeit komme.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit dankte den Delegierten für ihre Unterstützung. Das Fachzentrum für primäre Gesundheitsversorgung werde es dem Regionalbüro ermöglichen, der wachsenden Nachfrage nach fachlicher Unterstützung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung nachzukommen und eine allgemeine Gesundheitsversorgung flächendeckend in der gesamten Region unterstützen.

Das Regionalkomitee fasste den Beschluss EUR/RC63(1).

### **Ausgelagertes Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für humanitäre und gesundheitliche Notlagen**

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt schilderte die zahlreichen humanitären und gesundheitlichen Notlagen, die zwischen 1990 und 2012 in der Europäischen Region aufgetreten seien. Zu ähnlichen Situationen sei es auch in anderen Regionen der WHO gekommen, was die Weltgesundheitsversammlung zu dem Ersuchen an die Mitgliedstaaten bewogen habe, das alle Gefahrenbereiche umfassende gesundheitsbezogene Risikomanagement bei Notlagen und Katastrophensituationen zu stärken. Ferner seien die Regionalbüros nach dem neuen globalen Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall stärker gefordert, die nationale Vorsorge für gesundheitliche Notlagen zu verbessern. Die Kapazitäten des Regionalbüros müssten daher ausgeweitet werden. Die geplante Außenstelle sei während der Ausarbeitung des Vorschlags umbenannt worden; nunmehr heiße es statt „humanitäre Krisen“ „humanitäre und gesundheitliche Notlagen“, womit der medizinischen Terminologie besser Rechnung getragen werde. Die Aktivitäten der Außenstelle würden sich komplett in die Tätigkeit des Regionalbüros im Bereich

Gesundheitssicherheit einfügen und mit denen des Hauptbüros abgestimmt werden. Die Außenstelle würde die Gesundheitssysteme hinsichtlich ihrer Bereitschaftsplanung für Notlagen bewerten, Personalschulungen fördern, Krankenhäusern Unterstützung bei ihrer Notfallplanung gewähren, die Bereitschaftsplanung für Massenveranstaltungen unterstützen sowie nationale und regionale Simulationen zur Erprobung der Notfallpläne organisieren. Zudem würde die Außenstelle eine Notfallkapazität bilden, falls die WHO bei der Reaktion auf humanitäre oder gesundheitliche Notlagen weitere Unterstützung benötige.

Die Regierung der Türkei habe angeboten, die Außenstelle zu beherbergen und für die Dauer von zehn Jahren jährlich 10 Millionen US-Dollar zur Deckung der Kosten der Programmaktivitäten und mindestens 10 Mitarbeitern bereitzustellen. Sie würde auch für die Räumlichkeiten aufkommen, die sich in Istanbul befinden werden. Die Türkei plane, die Kernfinanzierung für die Mobilisierung weiterer Ressourcen zu nutzen. Das Angebot beinhalte auch die Möglichkeit, das dem Regionalbüro unterstehende Programm für die Notfallplanung der Länder zu unterstützen.

Ein Delegierter des betroffenen Landes äußerte, dass die WHO in globalen Notsituationen eine führende Rolle spiele, und versicherte dem Regionalkomitee, dass sich die Aktivitäten der Außenstelle nahtlos in die Tätigkeit des Regionalbüros einfügen würden. Der Ausbau der Zusammenarbeit stelle die einzige Möglichkeit dar, den tragischen Verlust von Menschenleben infolge humanitärer Notlagen zu minimieren, und seinem Land sei daran gelegen, die wertvollen Erfahrungen weiterzugeben, die es an seinen Grenzen, in der Europäischen Region und im Weltmaßstab gewonnen habe.

Ein Mitglied des SCRC stellte fest, dass der Ständige Ausschuss das Angebot der Türkei geprüft und für annehmbar befunden habe.

Das Regionalkomitee fasste den Beschluss EUR/RC63(2).

### **Ausgelagertes Fachzentrum für nichtübertragbare Krankheiten**

Die Vertreterin des Landes, das als Gastgeber für die Außenstelle für nichtübertragbare Krankheiten vorgesehen sei, beschrieb die Konsultationen, die zur Billigung des Haushalts und der Finanzierung der Außenstelle sowie des Arbeitsplans geführt hätten. Das Gesundheitsministerium habe zugesagt, die Außenstelle in Moskau in der ersten Jahreshälfte 2014 zu eröffnen.

Die Regionaldirektorin stellte fest, dass es, nachdem die Regierung Griechenlands ihr Angebot zur Beherbergung der Außenstelle für nichtübertragbare Krankheiten habe zurückziehen müssen, Erörterungen über das Fachprofil der geplanten Außenstelle mit dem SCRC gegeben habe und beschlossen worden sei, dass sie sich ergänzend zu der beim Regionalbüro geleisteten Grundsatzarbeit auf die epidemiologische Überwachung und das Krankheitsmanagement konzentrieren solle. Darüber hinaus seien ein Geschäftsmodell und ein Zeitplan für die Eröffnung der Außenstelle vereinbart worden.

Die Vertreterin des Landes, das ursprünglich angeboten hatte, die Außenstelle für nichtübertragbare Krankheiten aufzunehmen, beglückwünschte die Russische Föderation zur Annahme des Angebots. Sie äußerte ihre Überzeugung, dass die Tätigkeit der Außenstelle vollständig unterstützt werden würde und dass sie wertvolle Hilfe bei der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik leisten werde. Die Aufnahme der Außenstelle sei eine hohe Priorität für ihr Land gewesen, doch hätten

wirtschaftliche Schwierigkeiten es leider unmöglich gemacht, das Angebot aufrechtzuerhalten. Ihre Regierung habe aber die Bereitschaft geäußert, ein WHO-Länderbüro aufzunehmen.

### **Fachzentrum zur Stärkung der Gesundheitssysteme (Büro Barcelona)**

Der kommissarische Leiter des Fachzentrums zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Barcelona stellte die Arbeit der Außenstelle vor, die seit 1999 gemäß einer auf fünf Jahre getroffenen, aber verlängerbaren, Vereinbarung mit der Regierung der Autonomen Region Katalonien betrieben werde. Das Büro und sein Arbeitsplan seien vollkommen in die Arbeit des Regionalbüros integriert. 2007 habe sich der Schwerpunkt der Arbeit des Büros von der integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf die Gesundheitsfinanzierung verlagert. Das Büro betreibe ein energisches Programm zur Unterstützung der Länder und die Nachfrage sei steigend. Das Büro in Barcelona führe jährlich zwei Flaggschiff-Lehrgänge durch, von denen der eine der Stärkung der Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt auf nichtübertragbare Krankheiten und der andere der Gesundheitsfinanzierungspolitik mit Schwerpunkt auf den zu allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewidmet sei. Das Büro werde vollkommen vom Gastgeber finanziert und werbe zusätzliche Gebermittel ein. Es werde demnächst mit einer Reihe weiterer Organisationen der Vereinten Nationen im UNESCO-Weltkulturerbe Hospital Sant Pau untergebracht sein.

Die Vertreterin Spaniens würdigte den wichtigen Beitrag, den die Außenstellen zum Regionalbüro leisteten. Zwar schätze ihre Regierung die Arbeit des Büros in Barcelona in Bezug auf die Stärkung der Gesundheitssysteme, doch bedaure sie seine administrativ unklare Lage. Das Gesundheitsministerium sei zwar dem Abschluss eines Gastlandabkommens mit dem Büro verpflichtet, doch förderten die derzeitigen Umstände keine schnelle Lösung der seit lange verfahrenen und komplexen Situation. Der Abschluss einer Vereinbarung bleibe aber eine Priorität für den Generalsekretär für Gesundheit Spaniens.

### **Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit**

Der amtierende Leiter des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit, das die WHO in Bonn unterhält, bezeichnete es als das größte aller bestehenden Fachzentren. Es sei 1990 als zentrale Facheinrichtung in der Europäischen Region für den Bereich Umwelt und Gesundheit entstanden. Seit Ende 2011 seien all seine Aktivitäten in Bonn konsolidiert worden und die erst auf zehn Jahre angelegte Vereinbarung sei durch eine Vereinbarung über die unbefristete Unterstützung abgelöst worden. Der Beitrag der deutschen Regierung mache über 40% des Budgets des Regionalbüros für Umwelt und Gesundheit aus und sei mit dem zweijährlichen Programmhaushaltszyklus der WHO abgestimmt. Seit 2010 werde es vollständig aus freiwilligen Beiträgen finanziert. Das Büro in Rom sei geschlossen worden, so dass die Verwaltungs- und Betriebskosten insgesamt erheblich gesunken seien und Mittel in Fachbereiche umgeschichtet werden konnten. Heute sei es ein Exzellenzzentrum, das wissenschaftliche Daten liefere, welche die Grundlage für Gesetzgebung und Politik bildeten. Das Zentrum sei vollkommen in die Struktur des Regionalbüros integriert und biete ein breites Spektrum an Fachwissen als Grundlage der Politikgestaltung sowie der Bewusstseinsbildung zu Themen, die für die öffentliche Gesundheit von Belang sind. Das Zentrum unterstütze auch Mitgliedstaaten bei nationalen Prioritäten im Bereich Umwelt und Gesundheit, hierunter gesundheitliche und wirtschaftliche Auswirkungen des Klimawandels, und führe eine Reihe kapazitätsbildender Maßnahmen durch.

Der Vertreter des gastgebenden Landes sagte, dass sein Land der Verbesserung von Umwelt und Gesundheit verpflichtet sei und seinen Zusagen im Rahmen der Erklärung von Parma zu Umwelt und Gesundheit große Bedeutung beimesse. Die Leitungsposition des Fachzentrums werde bald besetzt sein.

### **Europäisches Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung (Büro Venedig)**

Der Leiter des Fachzentrum für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung in Venedig erläuterte die zwei Funktionen des Büros: die Beobachtung, Prüfung und Ordnung der Erkenntnisse zu den sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit und Dienstleistungen für Mitgliedstaaten bzw. die Zusammenarbeit mit diesen bei Maßnahmen, die aufgrund der Erkenntnisse ergriffen werden. Das Büro sei im Dezember 2003 im Rahmen eines auf zehn Jahre angelegten Gastlandabkommens eröffnet worden und die Verlängerungsvereinbarung für den Zeitraum 2013 bis 2017 sei bereits unterzeichnet worden, müsse allerdings noch ratifiziert werden. Das Büro sei vollkommen in das Regionalbüro integriert. Seine Erfolge ließen sich in drei Kategorien unterteilen: mehr als 60 wissenschaftliche Veröffentlichungen; fachliche Unterstützung, insbesondere durch Schulungen, in der Durchführung landesweiter Bewertungen, die eine stetig steigende Nachfrage verzeichneten; die weitere Verfolgung von Resolutionen des Regionalkomitees, der Weltgesundheitsversammlung und der globalen Verpflichtungen, etwa der Resolution des Regionalkomitees zu „Gesundheit 2020“ (EUR/RC62/R4) oder der Resolution der Weltgesundheitsversammlung zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte durch Ansetzen an den sozialen Determinanten der Gesundheit (WHA62.14). Das Budget des Büros werde aus der Vereinbarung mit der italienischen Regierung bestritten und sei seit zehn Jahren vorhersehbar gewesen. Genau wie die übrigen Außenstellen leiste sie einen wertvollen Beitrag zur Arbeit der WHO. Weil die sozialen Determinanten von Gesundheit ein zentrales Element von „Gesundheit 2020“ seien, sehe er eine wachsende Zahl von Bitten um meistens mittel- bis langfristige fachliche Unterstützung voraus. Das Regionalbüro würde Schwierigkeiten haben, diesen Anfragen nachzukommen, wenn die Außenstelle nicht bestünde.

Der Vertreter des gastgebenden Landes sagte, dass alle notwendigen Vorkehrungen für die Ratifizierung der Vereinbarung für eine Verlängerung getroffen worden seien und dass dazu ressortübergreifende Zusammenkünfte und Beratungen mit anderen nationalen Verwaltungseinheiten sowie der Region Veneto als Mitunterzeichnerin der Vereinbarung stattgefunden hätten. Die Verzögerung sei zum Teil auch auf den Regierungswechsel zurückzuführen. Er sei zuversichtlich, dass das Thema in Kürze erledigt sein werde.

Ein Delegierter dankte im Namen von sieben Ländern den Regierungen Kasachstans und der Türkei für ihre Angebote zur Beherbergung und Finanzierung einer Außenstelle und damit zur Förderung der Arbeit des Regionalbüros. Den neuen Außenstellen lägen auf zehn Jahre angelegte Vereinbarungen mit den gastgebenden Ländern zu Grunde und ähnliche finanzielle Zusagen müssten auch für die bestehenden Außenstellen möglich sein. Die Berichte hätten gezeigt, dass die Außenstellen kompetente, fleißige Bedienstete beschäftigten, die gute Arbeit leisteten und einen wesentlichen Teil des Fachwissens im Regionalbüro ausmachten. Die Nutzung der Außenstellen sei nicht ganz im Sinne der Reform der WHO, für die eine gesicherte, vorhersehbare Finanzierung für die zentralen Arbeitsbereiche der WHO charakteristisch sei. Diese würde die WHO in die Lage versetzen, das erforderliche Fachwissen zu mobilisieren ohne Gefahr zu laufen, die Teams bei Auslaufen einer



Vereinbarung auseinanderreißen zu müssen. So werde auch die Zentralisierung des normativen und fachlichen Expertenwissens erreicht und die Zersplitterung von fachlichem Können würde vermieden. Die normative Orientierung müsse von den großen Büros ausgehen und die Außenstellen müssten vollständig in das Regionalbüro integriert bleiben. Wenn die WHO-Reform erfolgreich sein solle, müsse sich das Regionalbüro in seinem eigenen Geschäftsmodell weniger auf Außenstellen stützen. Er forderte alle Mitgliedstaaten nachdrücklich dazu auf, sich aktiv am Finanzierungsdialog zu beteiligen und die Reform der WHO zu unterstützen. Nur durch eine vorhersehbare Finanzierung und eine abgestimmte Mittelbeschaffung könne die WHO dazu befähigt werden, sowohl auf globaler Ebene als auch innerhalb der Region ihre fachliche Kompetenz und ihre normative Autorität zu verteidigen.

## Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2014–2020)

(EUR/RC63/11, EUR/RC63/Conf.Doc./8)



Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf erklärte bei der Einführung des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit, neuropsychiatrische Erkrankungen wirkten sich in erheblichem Maße auf die Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO aus. Verschärft werde diese Situation durch die Tatsache, dass die vorhandenen sozialen Angebote zum Schutz der psychischen Gesundheit aufgrund der gegenwärtigen ökonomischen Rahmenbedingungen gefährdet seien. Gleichzeitig drohe zu Zeiten einer Wirtschaftskrise eine Zunahme psychischer Gesundheitsprobleme, etwa der Fallzahlen von Alkoholmissbrauch und Suizid. Daher sei ein umsichtiges Handeln von Gesundheits- und Sozialpolitik erforderlich, um die Wirkung der Wirtschaftskrise abzufedern. Trotz des langjährigen Engagements zugunsten der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region und des fortschrittlichen Charakters der Gesundheitsversorgung in vielen Ländern der Region bleibe ein Großteil der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen unbehandelt, und der mangelnde Zugang zu evidenzbasierten Angeboten sei beschämend.

Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit erforderten eine komplexe Kombination positiver Einflussfaktoren zur Verbesserung der Widerstandsfähigkeit und zum Schutz und zur Förderung der physischen Gesundheit, bei der auch die Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit und körperlichen Gesundheitsproblemen wie nichtübertragbaren Krankheiten gebührend berücksichtigt würden. Der Aktionsplan, dessen Zielsetzung die Vorstellung eines Modells für psychische Gesundheit im gesamten Lebensverlauf sei, enthalte sieben Ziele und sei eindeutig an den Komponenten von „Gesundheit 2020“ ausgerichtet. Er sei im Zuge einer Reihe umfassender und integrativer Konsultationen entstanden und ziele darauf ab, die Förderung der psychischen Gesundheit durch einen auf Menschenrechten begründeten Ansatz konstruktiv voranzutreiben. Die wichtigsten Maßnahmen des Plans würden in den Kategorien 2 und 3 des GPW12 in die Planung für den kommenden Zweijahreszeitraum einfließen. Der Direktor erinnerte an die im Jahr 2005 in Helsinki angenommene Erklärung zur psychischen Gesundheit in Europa und stellte fest, ohne psychische Gesundheit könne es auch keine körperliche Gesundheit geben. Alle Bereiche, die für die Europäische

Region von Belang seien, hätten entweder ihren Ursprung oder ihren Schlusspunkt im seelischen Wohlbefinden; dies unterstreiche die Bedeutung der psychischen Gesundheit, aber auch die gemeinsame Verantwortung für deren Förderung.

Ein Mitglied des SCRC erklärte, der Umfassende Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013–2020) sei primär auf die Bedürfnisse von Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen zugeschnitten, von denen viele nur über rudimentäre Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit verfügten; dagegen gebe es in den Ländern der Europäischen Region ein relativ umfassendes Leistungsangebot mit entsprechender Mittelausstattung, sodass hier spezielle Ziele und Maßnahmen erforderlich seien, um die psychische Gesundheitsversorgung an die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen anzupassen. Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit habe im Zuge des Konsultationsprozesses mehrere Veränderungen durchlaufen, die das Ergebnis von Beiträgen eines breiten Spektrums von Interessengruppen gewesen seien. Der SCRC begrüßte den Aktionsplan und den begleitenden Resolutionsentwurf.

In der anschließenden Aussprache brachten die Delegierten ihre starke Unterstützung für den Aktionsplan zum Ausdruck und lobten den integrativen Geist, in dem seine Ausarbeitung erfolgt sei. Die Mitgliedstaaten waren sich über die Bedeutung der Präventionsarbeit einig, insbesondere angesichts der Verknüpfung zwischen psychischen Störungen und nichtübertragbaren Krankheiten, und bekannten sich ausdrücklich zur Umsetzung bürgernaher Maßnahmen und zur gezielten Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Fragen der psychischen Gesundheit. Zwei Delegierte schlugen Änderungen am Aktionsplan vor: die Aufnahme von Definitionen für die Begriffe „anfällige Gruppen“ bzw. „benachteiligte Gruppen“ und die Überarbeitung zweier der vorgeschlagenen Maßnahmen. Die Delegierten tauschten Erfahrungen über Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention und Behandlung psychischer Störungen aus und waren sich darüber einig, dass der Aktionsplan künftig eine wichtige Rolle bei der Politikgestaltung auf der Ebene der Länder spielen werde.

Anschließend wurden Erklärungen von Alzheimer International, der Internationalen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe, des Weltverbands der Medizinstudentenverbände und des Weltverbands der Ergotherapeuten eingereicht.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und begrüßte die Änderungsvorschläge, die dem Aktionsplan mehr Klarheit verliehen. Er lobte insbesondere die Bemühungen, die nichtübertragbaren Krankheiten in integrierte Konzepte für die psychische Gesundheitsversorgung einzubeziehen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R10 in der geänderten Fassung.

## Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben

(EUR/RC63/6, EUR/RC63/Inf.Doc./9, EUR/RC63/Inf.Doc./10, EUR/RC63/Inf.Doc./12)

Das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC entsendete Mitglied des Exekutivrates aus der Europäischen Region berichtete, die 66. Weltgesundheitsversammlung habe Resolutionen und Beschlüsse in einer Reihe von fachlichen Bereichen angenommen, die für die Europäische Region der WHO von Bedeutung seien. Er erläuterte kurz die Bedeutung von insgesamt sieben Resolutionen für die Europäische Region, die sich mit folgenden Themen befassten: Augengesundheit für alle (WHA66.4); Umsetzung der Empfehlungen der Kommission der Vereinten Nationen zu lebensrettenden Gebrauchsgütern für Frauen und Kinder (WHA66.7); der Umfassende Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013–2020) (WHA66.8); Behinderung (WHA66.9); vernachlässigte Tropenkrankheiten (WHA66.12); Umgestaltung der Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Unterstützung einer flächendeckenden Versorgung (WHA66.23); und Standardisierung und Kompatibilität von eGesundheit (WHA66.24). Ferner ging er auf den Beschluss über minderwertige/nachgeahmte/falsch etikettierte/gefälschte/kopierte Arzneimittelprodukte (WHA66(10)) ein. Die Regionalkomitees waren gebeten worden, über fünf Themen eingehend zu beraten.

### Folgemaßnahmen zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf wies darauf hin, dass das Sekretariat der WHO von den Mitgliedstaaten Rückmeldung in Bezug auf den Vorschlag zur Einrichtung eines globalen Mechanismus zur Koordinierung der Arbeit zahlreicher Akteure benötige; dieser sei in dem Globalen Aktionsplan der WHO zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) skizziert und in der Resolution WHA66.10 über Folgemaßnahmen zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gefordert worden. Der globale Koordinierungsmechanismus (GCM) werde benötigt, um ein wirksames Handeln zu ermöglichen und gleichzeitig Interessenkonflikte abzuwenden. Die WHO habe die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, zu einem auf der Website des WHO-Hauptbüros eingestellten ausführlichen Diskussionspapier Stellung zu nehmen und dieses auf den Tagungen der Regionalkomitees zu erörtern. Das Sekretariat werde sämtliche eingegangenen Rückmeldungen in einem Bericht für eine im November 2013 stattfindende Tagung mit den Mitgliedstaaten zusammenfassen.

In der anschließenden Aussprache begrüßten die Delegierten allgemein den Vorschlag der Schaffung eines GCM und forderten, dieser müsse eine „schlanke“ Struktur haben, unter der Federführung der WHO stehen und ihren leitenden Organen Bericht erstatten. Sie äußerten erste Ideen in Bezug auf dessen Funktionen und waren sich über die Notwendigkeit einig, die WHO und die öffentliche Gesundheit vor Interessenkonflikten zu bewahren.



Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, erklärte, die Beschlüsse der 66. Weltgesundheitsversammlung zeugten von der weltweiten Führungsrolle der WHO bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, doch für ihre Ausübung seien eine stärker horizontal angelegte Zusammenarbeit sowie möglicherweise eine veränderte Mittelzuweisung innerhalb der WHO erforderlich. Die EU werde konstruktiv zu den Diskussionen über die geplanten Indikatoren für den Globalen Aktionsplan und über die Funktionen des GCM beitragen, die vollständig an dem Plan ausgerichtet sein müssten. Darüber hinaus müsse eine Kohärenz zwischen den Handlungsbereichen nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit gewährleistet sein. Um Doppelarbeit zu vermeiden, solle sorgfältig geprüft werden, welche neuen Aspekte der GCM zu der Arbeit des Sekretariats und der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten beisteuere und wie dabei im Einzelnen die Aufgaben verteilt würden. Die EU schlage ein zeitlich befristetes Mandat für den GCM vor, das eine Halbzeitbilanz durch die leitenden Organe der WHO beinhalte. Eine Debatte über die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure durch den GCM müsse sich in vollem Umfang an den Grundsätzen orientieren, die im Rahmen des Reformprozesses in der WHO zu vereinbaren seien. In die weitere Diskussion über die Einrichtung eines Systems formeller Verpflichtungen solcher Akteure müssten nichtstaatliche Organisationen sinnvoll eingebunden werden. Ferner begrüßte die EU die konzeptionelle Ausrichtung der vorgeschlagenen Indikatoren für den Globalen Aktionsplan, schloss sich der Warnung der Weltgesundheitsversammlung vor daraus resultierenden zusätzlichen Berichtslasten für die Mitgliedstaaten an und äußerte ihre Hoffnung, sie würden zu einer Straffung des Berichtswesens beitragen.

In anderen Wortmeldungen wurden Informationsaustausch und Koordinierung als die Hauptaufgaben für den GCM bezeichnet, und es wurde nach den Aufgaben und sogar der grundsätzlichen Notwendigkeit seiner geplanten Arbeitsgruppen gefragt. Das Mandat des GCM solle vollständig mit dem der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe abgestimmt werden. Eine umfassende Diskussion über die Aufgaben des GCM sei wünschenswert.

In Bezug auf die vorgeschlagenen Indikatoren für den Globalen Aktionsplan wurde angeregt, einige von ihnen könnten aussagekräftiger sein, wenn sie sich nicht nur mit der Annahme von Konzepten, sondern auch mit deren Auswirkungen auf die sozialen Determinanten von Gesundheit befassen. Auch wenn die Arbeit der WHO zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten nützlich sei, so liege der Schlüssel zum Erfolg doch darin, auf nationaler Ebene zu handeln und Erfolgskontrollen durchzuführen. Da manchen Ländern die Fähigkeit hierzu fehle, könnten die Institute der Europäischen Region für öffentliche Gesundheit auf diesem Gebiet Unterstützungsarbeit leisten.

Abschließend wurden Erklärungen des European Heart Network, der World Heart Foundation, der NCD Alliance und der International Alliance of Patients' Organizations eingereicht.

## **Gesundheit auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015**

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt schilderte dem Regionalkomitee das Verfahren zur Festlegung der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach Ablauf der Frist für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Der Generalsekretär habe hierfür einen integrativen Konsultationsprozess eingeleitet, um eine einheitliche und umfassende Entwicklungsagenda zu schaffen. Dieser Prozess werde in einem Gipfel

der Staats- und Regierungschefs im Jahr 2015 münden, auf dem ein neuer, auf das zentrale Anliegen der nachhaltigen Entwicklung ausgerichteter Rahmen angenommen werden sollte, der möglichst nur eine begrenzte Zahl von Zielen enthalte. Gesundheit müsse ein Bestandteil dieser Agenda sein, und der Schwerpunkt müsse auf der Verwirklichung eines Höchstmaßes an Gesundheit in allen Altersgruppen liegen, und die allgemeine Gesundheitsversorgung sei entweder als Mittel zum Zweck oder als Selbstzweck anzusehen. Das WHO-Regionalbüro für Europa werde seine Strategie aufrechterhalten und die Mitgliedstaaten unterstützen. Da die Außenministerien in den Verhandlungen bei den Vereinten Nationen einzubeziehen seien, müssten die Gesundheitsministerien einen engen Kontakt zu ihnen halten, um für Gesundheit als vorrangiges Anliegen einzutreten.

In der anschließenden Diskussion wurde die Chance zur Beteiligung an der Formulierung der Botschaft der leitenden Organe der WHO an die Beratungen der Vereinten Nationen über die Entwicklungsagenda nach 2015 begrüßt; gleichzeitig wurde jedoch auch die Bedeutung weiterer Anstrengungen zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele hervorgehoben. Es herrschte Einigkeit darüber, dass Gesundheit eine Priorität darstellen und dass der Schwerpunkt auf Gesundheit im gesamten Lebensverlauf und auf der allgemeinen Gesundheitsversorgung – sowohl als Mittel zum Zweck als auch als Selbstzweck – liegen müsse. Die allgemeine Gesundheitsversorgung müsse so definiert werden, dass sie nicht nur den Zugang zur Gesundheitsversorgung, sondern auch die Gewährleistung geeigneter sozialer Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit umfasse; sie sei die Voraussetzung für einen integrierten Ansatz und für das zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation erforderliche gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Handeln (unter Einbeziehung der sozialen Determinanten). Es wurde auch angeregt, der neue Entwicklungsrahmen solle sich auch mit den nichtübertragbaren Krankheiten und mit dem Recht auf Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (insbesondere für junge Menschen) befassen, die Menschenrechte als Vehikel zu seiner Umsetzung in die Praxis thematisieren und auch den demografischen Wandel und die geteilte Verantwortung gebührend berücksichtigen.

Die WHO wurde dringend aufgefordert, die Empfehlungen an die Mitgliedstaaten aus der Resolution WHA63.22 über Organ- und Gewebetransplantation beim Menschen im Hinblick auf die Vorlage einer neuen Resolution an die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2015 oder 2016 zu prüfen, sodass die Vereinten Nationen schließlich eine Initiative zur Bekämpfung des illegalen Handels mit Organen und Gewebe in die Wege leiten könnten, der Verbindungen zum Menschenhandel aufweise.

An dieser Stelle reichten die Framework Convention Alliance und die International Alliance of Patients' Organizations je eine Erklärung ein.

### **Internationale Gesundheitsvorschriften (2005)**

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erinnerte daran, dass die IGV 2005 eine Verpflichtung an die Vertragsstaaten enthielten, Kernkapazitäten für Überwachung und Reaktion sowie entsprechende Kapazitäten an Grenzübergangsstellen zu unterhalten. Die erste Frist für die Schaffung solcher Kapazitäten sei im Juni 2012 abgelaufen; danach sei eine Fristverlängerung um zwei Jahre möglich gewesen und stets dann gewährt worden, wenn ein berechtigter Bedarf sowie ein Durchführungsplan vorgewiesen worden seien. Insgesamt 21 Länder in der Europäischen Region hätten eine solche Fristverlängerung erhalten.

Da das Ende dieser ersten Fristverlängerung im Juni 2014 bevorstehe, würden derzeit Kriterien ausgearbeitet, anhand derer die Generaldirektorin eine weitere Verlängerung gewähren könne. So sei vorgeschlagen worden, die Vertragsstaaten auf den Tagungen der Regionalkomitees der WHO im Jahr 2013 weiter zu konsultieren. Das Sekretariat beim WHO-Hauptbüro werde die Rückmeldungen aus diesen Tagungen zusammenstellen und auf ihrer Grundlage den Vorschlag an die Tagung des Exekutivrates im Januar 2014 aktualisieren. Mit der Zustimmung des Exekutivrates werde dann der Prüfungsausschuss der IGV einberufen, um die Generaldirektorin in Bezug auf die Verlängerungsanträge der einzelnen Länder zu beraten.

Das Sekretariat schlage konkret die folgenden Kriterien bzw. Verfahren vor:

- Ein Vertragsstaat muss mindestens vier Monate vor dem Zieldatum, dem 15. Juni 2014, einen schriftlichen Antrag bei der Generaldirektorin einreichen.
- Aus diesem Antrag muss eine Erklärung der außergewöhnlichen Umstände hervorgehen, die die Schaffung bzw. Unterhaltung der in den IGV geforderten Kapazitäten verhindert haben.
- Der Antrag muss von einem neuen Durchführungsplan begleitet werden.

In der anschließenden Aussprache bezeichnete eine Delegierte die IGV als einen bemerkenswerten Erfolg für die Verbesserung der globalen Gesundheitssicherheit, und nannte die Tatsache, dass die Europäische Region die niedrigste Zahl an Verlängerungsanträgen aufweise, erfreulich. Dennoch seien die Schaffung und Unterhaltung von Kernkapazitäten, insbesondere an Grenzübergangsstellen, für die Bekämpfung einer Vielzahl neu bzw. wieder auftretender Infektionskrankheiten wie auch anderer gesundheitlicher Gefahren unverzichtbar. Alle Länder würden eindringlich gebeten, ihre Kernkapazitäten aufzubauen, indem sie die nötigen Schulungsmaßnahmen anböten und die IGV in ihre Gesetze und Handlungskonzepte einbezögen, und das Regionalbüro solle auch weiterhin Orientierungshilfe und Unterstützungsarbeit in Bezug auf die Umsetzung der IGV leisten. Die Einrichtung des neuen ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen solle zu einer willkommenen Erhöhung der Handlungsfähigkeit des Regionalbüros im Bereich der IGV führen.

## **Globaler Aktionsplan für Impfstoffe**

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erläuterte, die Zielsetzung des neuen Plans zur Polioeradikation mit einer Polio-Endspielstrategie für den Zeitraum 2013–2018 bestehe darin, bis 2014 jegliche Übertragung des Poliovirus zu entdecken und zu unterbinden, bis 2016 die Impfsysteme zu stärken und den oralen Polioimpfstoff zurückzuziehen, bis 2018 das Poliovirus einzudämmen und die Unterbrechung der Übertragung zu zertifizieren und schließlich eine „Vermächtnisplanung“ (legacy planning) in die Wege zu leiten. Als Veränderungen an der Polioimpfung in Routineimpfplänen seien die Einführung mindestens einer Dosis inaktivierten Polioimpfstoffs und die Entfernung der Komponente vom Typ 2 aus dem oralen Polioimpfstoff zu nennen; gegenwärtig werde der orale Polioimpfstoff nur in elf Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region benutzt.

In Resolution WHA65.17 der Weltgesundheitsversammlung werden die Mitgliedstaaten eindringlich aufgefordert, den Regionalkomitees über Fortschritte bei der Erreichung der Impfziele Bericht zu

erstatten. Ein Rahmen für die Überwachung, Evaluation und Rechenschaftslegung sei der 66. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 vorgelegt worden (Dokument A66/19). Dieser beinhalte eine jährliche Berichterstattung mittels eines gemeinsamen Berichtsformulars von WHO und UNICEF sowie die Einbeziehung des Europäischen Beirats für Immunisierungsfragen. Die Länder der Europäischen Region verfügten allgemein über leistungsfähige Impfprogramme, auch wenn es auf subnationaler Ebene durchaus Impflücken gebe und auch marginalisierte Bevölkerungsgruppen und Impfgegner durchaus Grund zur Besorgnis gäben.

Auf der Grundlage des Globalen Aktionsplans für Impfstoffe schlage das Regionalbüro einen aktualisierten Plan für die Europäische Region vor, der mit dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ abgestimmt sei, auf die Bedürfnisse in der Region und in den Ländern reagiere und auf die Region zugeschnittene Zielvorgaben enthalte. Nach den Konsultationen mit den Mitgliedstaaten könne der Entwurf des Impfstoff-Aktionsplans für die Region im Jahr 2014 dem Regionalkomitee vorgelegt werden.

### **Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung**

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation berichtete, nach einer offenen Tagung der Mitgliedstaaten im November 2012 habe die Weltgesundheitsversammlung die Resolution WHA66.22 über Folgemaßnahmen zum Bericht der Beratenden Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung verabschiedet. Darin habe sie die Generaldirektorin gebeten, innerhalb des Sekretariats der WHO ein globales Observatorium für Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich einzurichten und durch Konsultationen auf Ebene der Region sowie eine umfassende Einbindung der maßgeblichen Akteure die Umsetzung einiger Demonstrationsprojekte im Bereich der Forschung und Entwicklung für Gesundheit zu fördern, um zuvor festgestellte Lücken zu schließen, die die Entwicklungsländer – und insbesondere die Einkommensschwachen – unverhältnismäßig stark betreffen und bei denen Sofortmaßnahmen ergriffen werden könnten. Die Regionaldirektoren würden gebeten, Kandidaten für die Beratende Expertengruppe zu benennen: eine Reihe von Mitgliedern des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung würden vorgeschlagen, und die bisher eine eingegangene Nominierung von einem Mitgliedstaat sei an die Generaldirektorin weitergeleitet worden; weitere würden hoffentlich bald eintreffen.

In der anschließenden Aussprache sagte der Delegierte eines Landes, die Einrichtung eines globalen Gesundheitsobservatoriums sei eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die WHO unabhängig Prioritäten für die Gesundheitsforschung festlegen könne. Deshalb habe sein Land sich dazu entschlossen, zu dessen Finanzierung beizutragen. Verschiedene Koordinierungs- und Finanzierungsmechanismen, die von der Arbeitsgruppe validiert worden seien, könnten durch Pilotprojekte erprobt werden. Er bat das Sekretariat um Klarstellung, wie es die Ergebnisse der webgestützten Konsultation über die Auswahl der Demonstrationsprojekte übermitteln wolle.

Ein anderer Delegierter merkte an, die auf der Weltgesundheitsversammlung vereinbarten konkreten Folgemaßnahmen seien wichtige Schritte hin zu einer Stärkung der Forschung und Entwicklung in Bezug auf Gesundheitsprobleme und Krankheiten, die die Entwicklungsländer unverhältnismäßig stark betreffen. Einige dieser Krankheiten stellten die Europäische Region auch aus Sicht der

öffentlichen Gesundheit vor wesentliche Probleme. Er ermutigte die anderen Mitgliedstaaten, sich aktiv an der laufenden Konsultation zu beteiligen, die vom Sekretariat koordiniert werde.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation dankte Frankreich für seinen ausgezeichneten Vorschlag und fügte hinzu, sämtliche vorgeschlagene Projekte (einschließlich derer von nichtstaatlichen Organisationen) würden an das WHO-Hauptbüro weitergeleitet, wobei als Hauptkriterium für die Weitergabe eines solchen Vorschlags die Einreichung eines vollständig ausgefüllten Antragsformulars gelte. Anstatt in den einzelnen WHO-Regionen jeweils unterschiedliche Auswahlkriterien anzuwenden, trete das Regionalbüro für Europa dafür ein, alle eingegangenen Anträge einheitlich im Dezember 2013 von der globalen Expertengruppe prüfen zu lassen.



Der Exekutivpräsident bat die Delegierten um Stellungnahme zu den Fortschrittsberichten über die Themen aus Kategorie 1 (Übertragbare Krankheiten), nämlich die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (EUR/RC61/R7), sowie über die Themen aus Kategorie 5 (Vorsorge, Surveillance und Reaktion), nämlich die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC59/R5) und die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region (EUR/RC61/R6).

Die Delegierten begrüßten den Aktionsplan zur Bekämpfung der Tuberkulose. Eine der größten Herausforderungen sei die Erhöhung der Fallerkennungsrate für MDR-Tb, die gegenwärtig nur bei 38% liege. Zu begrüßen sei auch die Einsetzung des European Green Light Committee und der Europäischen Tuberkuloselabor-Initiative zur Verbesserung der Diagnostik in 18 Hochprävalenzländern. Ein besonderes Augenmerk sei auf die Versorgung von Tuberkulosepatienten zu richten, die gleichzeitig auch Alkohol- und Drogenmissbrauch betreiben, da eine zeitgleiche Behandlung dieser Erkrankungen eine entscheidende Vorbeugung gegen Misserfolge bei der Behandlung sei.

Mit Blick auf das Thema Antibiotikaresistenz lobte ein Delegierter, der im Namen von acht Ländern das Wort ergriff, die Arbeit der WHO und namentlich die Einsetzung einer globalen Sonderarbeitsgruppe mit Beteiligung aller WHO-Regionen und eines Surveillance-Netzwerks für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR). Zur Bekämpfung des übermäßigen und unsachgemäßen Einsatzes von Antibiotika forderten die genannten acht Länder eine Regulierung des Verkaufs über den Ladentisch, die Einstellung des Antibiotikagebrauchs zur Wachstumsförderung und eine umsichtige Verwendung in der Tiermedizin. Darüber hinaus würden

neue Anreize und Geschäftsmodelle für Investitionen in die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika benötigt. Die Problematik erfordere ein politisches Engagement und eine ressortübergreifende globale Reaktion, und die Delegierten baten die WHO und die Mitgliedstaaten eindringlich um Intensivierung ihrer Anstrengungen auf diesem Gebiet. In einer anderen Wortmeldung wurde darauf hingewiesen, dass durch einen kohärenten und integrierten einheitlichen gesundheitsorientierten Ansatz, der die Bereiche Landwirtschaft und Fischerei sowie die Nahrungskette und die Umwelt im weiteren Sinne (inkl. Abwasserentsorgung) einschlieÙe, eine größere Dynamik erreicht werden könne. Wirksame Konzepte zur Prävention und Infektionsbekämpfung sollten die Norm sein, bei der Infektionen schnell diagnostiziert werden und die angemessene Behandlung unverzüglich eingeleitet wird und bei der neu auftretende oder sich verändernde Resistenzen von den Surveillance-Systemen aufgedeckt werden.

Anschließend wurden Erklärungen im Namen von TB Europe Coalition/Global Health Advocates und der European Respiratory Society abgegeben.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt sagte, das Regionalbüro habe sowohl bei Tuberkulose als auch bei anderen Mikroben Fortschritte in der Bekämpfung von Arzneimittelresistenzen erzielt. Innerhalb des Regionalbüros sei eine Querverbindung mit der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit geschaffen worden, die sich eine gemeinsame Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme zum Ziel gesetzt habe. In der aktuellen Notsituation, die durch eine Ausbreitung von Arzneimittelresistenzen geprägt sei, habe das Sekretariat seine auf globaler Ebene und in den Regionen bestehenden Partnerschaften im Hinblick auf die Umsetzung des Handlungsplans der Region ausgeweitet.

Der Leitende Berater für die Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen stimmte den Delegierten darin zu, die Bekämpfung von AMR müsse einen höheren Stellenwert erhalten, und erwähnte die vor kurzem eingesetzte Globale Sonderarbeitsgruppe AMR. Das Regionalbüro habe seinen Surveillance-Mechanismus mit denen des ECDC abgestimmt, um innerhalb der Europäischen Region Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen und einen Kurs vorzugeben. Er begrüÙe die Aussagen über rezeptfreie Verkäufe von Antibiotika, die als Thema für den nächsten Antibiotikatag im Jahr 2014 vorgesehen seien. Als Reaktion auf die Wortmeldung zum Stichwort eines einheitlichen gesundheitsorientierten Ansatzes unterstrich er die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der FAO, der Weltorganisation für Tiergesundheit und anderen Organisationen.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit sagte, infolge der Anstrengungen der Leiter der nationalen Tuberkuloseprogramme sei der Versorgungsgrad von 63% auf 96% gestiegen. Er versicherte dem Regionalkomitee, die Vertreter der Tuberkulosepatienten würden bei allen Aspekten der Planung einbezogen und zu einschlägigen internationalen Fachkonferenzen eingeladen. Er räumte ein, dass die Koinfektion mit HIV und Tuberkulosebakterien bisher noch vernachlässigt werde, auch wenn im Strafvollzug und unter den injizierenden Drogenkonsumenten schon einige Programme im Gange seien. So habe Estland bei der gleichzeitigen Behandlung von Tuberkulose und Alkoholsucht Pionierarbeit geleistet.

Der Exekutivpräsident bat die Delegierten um Stellungnahme zu den Fortschrittsberichten über Themen aus den Kategorien 2 und 3; dies waren die Bekämpfung des Tabakgebrauchs, die Umsetzung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung der WHO, der Aktionsplan zur



Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) und die Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele.

Mit Blick auf die Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele wiesen mehrere Delegierte auf die hohe Inzidenz von HIV-Infektionen in manchen Teilen der Europäischen Region hin. Besonders stark betroffen seien hier soziale Randgruppen wie injizierende Drogenkonsumenten, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten sowie Migranten. In den Plänen für die HIV-Früherkennung und den gesetzlichen Vorschriften über HIV-Tests müssten Menschenrechtsaspekte gebührend berücksichtigt werden. Auch Hepatitis C gehöre zu den häufigsten Todesursachen für Drogenkonsumenten und müsse daher als große Gefahr thematisiert werden. Der Globale Fonds spiele eine wesentliche Rolle als leistungsstarker Geldgeber für Strategien zur Zurückdrängung von HIV, die auf soliden Erkenntnissen basieren müssten, um den Widerstand in der Politik zu überwinden. Organisationen der Zivilgesellschaft seien für die Wissensverbreitung und Bewusstseinsbildung von entscheidender Bedeutung; dies gelte in besonderem Maße für Länder mit stark „vertikalen“ staatlichen Strukturen, wo solche Organisationen zu einem Abbau der Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten und Drogenkonsumenten beitragen könnten.

In Bezug auf die Bekämpfung des Tabakkonsums schilderte eine Delegierte eine erfolgreiche Strategie zur Reduzierung der Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen um mehr als 50% und bot an, andere Länder näher darüber zu informieren. Eine andere Delegierte erläuterte den in ihrem Land eingeführten gesetzlichen Rahmen, der die Prävalenz des Rauchens um 10% senken solle.

Anschließend wurden Erklärungen im Namen der World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine, der International Spinal Cord Society und der International Federation of Business and Professional Women eingereicht.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf dankte den Delegierten für die ausgezeichneten Schilderungen von Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums, die in einem Fall gegen den erbitterten Widerstand der Tabakindustrie vorangetrieben worden seien. Er hoffe, dass auf der bevorstehenden Tagung in Aschgabat (Turkmenistan) eine Zukunftsvision von einer rauchfreien Europäischen Region propagiert werde.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt wies darauf hin, dass es trotz des Aktionsplans gegen die epidemieartige Ausbreitung von HIV/Aids immer noch große Behandlungslücken gebe. Sie begrüßte die Berichte der Delegierten über die Anwendung evidenzbasierter Handlungskonzepte, bei denen die Achtung von Menschenrechten gewährleistet sei. Hepatitis C sei in der Tat eine verborgene Krankheit, die eine schwere Krankheitslast für die Europäische Region nach sich ziehe und zu deren erfolgreicher Bekämpfung größere Kapazitäten und Ressourcen erforderlich seien. Um die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu beschleunigen, müsse die Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen wie UNAIDS und dem Globalen Fonds ausgeweitet werden.

## Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

EUR/RC63/Conf.Doc./3

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC63/R11 und bestätigte damit, dass seine 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen stattfinden werde. Es beschloss ferner, seine 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 in Vilnius (Litauen) und seine 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen abzuhalten.

## Sonstige Angelegenheiten

Eine Vertreterin des Internationalen Hebammenverbands gab eine Erklärung ab, in der sie auch im Namen der European Respiratory Society, der Internationalen Allianz der Patientenorganisationen, des Internationalen Verbands der Pflegekräfte, der Internationalen Diabetes-Föderation, der International Society of physical and Rehabilitation Medicine, der International Spinal Cord Society, der TB Europe Coalition, der World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine und des Weltverbands der Ergotherapeuten sprach.

## Abschluss der Tagung

Eine Delegierte der Schweiz erklärte, die Tagung des Regionalkomitees sei in einem Geiste verlaufen, der von der Ruhe und Gelassenheit der ägäischen Küstenlandschaft beeinflusst worden sei. Sie habe die Gelegenheit geboten, die auf einigen Gebieten erzielten beträchtlichen Fortschritte zu erörtern und neue Verpflichtungen einzugehen. Besonders erfreulich sei die Annahme des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit. Sie gratulierte allen Teilnehmern zu einer äußerst erfolgreichen Tagung.



## Resolutionen und Entscheidungen

### **EUR/RC63/R1. Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC63/4 und EUR/RC63/4 Add. 1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 63. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 63. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

### **EUR/RC63/R2. Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Zwischenberichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2012–2013 (Dokument EUR/RC63/5) und des dazugehörigen Informationsdokuments über die finanzielle Lage des WHO-Regionalbüros für Europa (Dokument EUR/RC63/Inf.Doc./4<sup>1</sup>) –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht;

---

<sup>1</sup> Dieses Dokument liegt nur in englischer und russischer Sprache vor.

2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2012–2013 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, bei der Weiterentwicklung der Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros die während der Aussprache auf der 63. Tagung gemachten Vorschläge zu berücksichtigen und diese in die Arbeit einzubeziehen.

### **EUR/RC63/R3. Indikatoren für Gesundheit 2020**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC63/8 über Indikatoren zu den sechs übergeordneten Zielen aus dem Europäischen Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden „Gesundheit 2020“ im Anschluss an Konsultationen mit den Mitgliedstaaten,

unter Hinweis auf die vom Regionalkomitee auf seiner 62. Tagung verabschiedeten Resolution EUR/RC62/R4, mit der „Gesundheit 2020“ als Rahmen zur beschleunigten Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle „mit einer Reihe von Zielen der Region... sowie geeigneten Indikatoren für die Europäische Region“ abgesteckt wurde,

aufbauend auf den Errungenschaften der Europäischen Region und ihren Erfahrungen mit den Werten und Grundsätzen, Zielvorgaben und Indikatoren aus „Gesundheit für alle“, „GESUNDHEIT 21“ sowie Erklärungen, die auf Ministerkonferenzen zu Umwelt und Gesundheit angenommen wurden,

in Anbetracht der derzeitigen Reformen in der WHO und ihrer Konsequenzen im Hinblick auf eine enge Abstimmung zwischen Handlungskonzepten auf der globalen Ebene und solchen auf der Ebene der Regionen einschließlich des globalen Kontrollrahmens für nichtübertragbare Krankheiten,

unter Berücksichtigung der Befunde und Empfehlungen aus dem Europäischen Gesundheitsbericht 2012<sup>2</sup>, welche die Gestaltung von Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ erleichtern sollten, sowie des Berichts über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO<sup>3</sup> und in Anerkennung der Notwendigkeit

---

<sup>2</sup> Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>, eingesehen am 6. Mai 2013).

<sup>3</sup> Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO (Zusammenfassung). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/background-documents/report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary> (eingesehen 6. Mai 2013).

den Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ weiter zu entwickeln und dessen Abstimmung mit dem angenommenen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ zu sichern,

in dem Bewusstsein der maßgeblichen Führungsrolle und Initiatorfunktion des Gesundheitswesens für die Erhebung, Untersuchung und Deutung von Gesundheitsdaten und damit verbundenen Informationen,

in Anerkennung der Bemühungen des Regionalbüros um die Vermeidung doppelter Meldarbeit und die Abwendung zunehmender Berichtslasten für die Mitgliedstaaten,

im Bewusstsein der bestehenden Zusammenarbeit mit internationalen Partnern zur Schaffung eines einheitlichen integrierten Gesundheitsinformationssystems in Europa<sup>4</sup> zum Nutzen der Mitgliedstaaten und anderen maßgeblichen Akteure und ohne dem abschließenden Ergebnis vorzugreifen –

1. NIMMT die für „Gesundheit 2020“ angeregten zentralen Indikatoren zur Beobachtung der Fortschritte in der Region hinsichtlich der sechs für „Gesundheit 2020“ angenommenen Ziele durch das WHO-Regionalbüro für Europa AN;
2. STIMMT weiterer Arbeit zur Entwicklung objektiver Indikatoren für Wohlbefinden ZU, wie sie in Dokument EUR/RC63/8 skizziert ist;
3. STIMMT der Umsetzung des in Dokument EUR/RC63/8 skizzierten angeregten Kontrollrahmens durch das WHO-Regionalbüro für Europa ZU, wie sie in Anhang 1 des Dokuments EUR/RC63/8 skizziert ist, damit Indikatoren erhoben, untersucht und regelmäßig in den regulären Publikationen des Regionalbüros veröffentlicht werden,
4. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF:
  - a) unter gleichzeitiger Berücksichtigung ihrer vorhandenen Beobachtungskapazität und Verpflichtungen und Vermeidung jeder unnötigen Zunahme der Berichtslast, zusätzliche Indikatoren für „Gesundheit 2020“ soweit verfügbar zu melden, wie es in Anhang 1 des Dokuments EUR/RC63/8 vorgeschlagen ist,
  - b) Beiträge zu Gesundheitsinformationssystemen und Datenerhebungen in Ländern der Europäischen Region für die Berechnung zentraler Indikatoren zu leisten, wie es in Anhang 1 des Dokuments EUR/RC63/8 skizziert ist,

---

<sup>4</sup> Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/background-documents/report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary>) (eingesehen Dienstag, 17. September 2013).

- c) das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für grenzüberschreitende gesundheitspolitische Maßnahmen in der Europäischen Region zu berücksichtigen,
5. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
- a) über Fortschritte hinsichtlich der Zielvorgaben für die Region aus „Gesundheit 2020“ im Rahmen der regelmäßigen Fortschrittsberichte zu „Gesundheit 2020“ Bericht abzulegen,
  - b) für die Harmonisierung hinsichtlich der zur Fortschrittmessung erforderlichen Daten mit den von anderen internationalen Organen erhobenen Gesundheitsdaten zu arbeiten und dabei die von ihnen geleistete Arbeit in diesem Bereich zu berücksichtigen,
  - c) weitere Arbeit zum Erkunden von Wegen für die Messung und Aufstellung von Zielen für Gesundheit und Wohlbefinden unter voller Einbeziehung der Mitgliedstaaten<sup>5</sup> zu veranlassen und die Arbeit der Sachverständigengruppe mit Indikatoren für „Gesundheit 2020“ fortzuführen und dabei die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit zu berücksichtigen, damit die Entwicklung objektiver Indikatoren für Wohlbefinden abgeschlossen werden kann und die Ergebnisse dem Regionalkomitee auf dessen 64. Tagung vorgelegt werden können,
  - d) die Zielvorgaben und Indikatoren der Europäischen Region für „Gesundheit 2020“ in internationalen Foren zu vermitteln und die Ergebnisse und geeignete Informationsmaterialien in aktiver Weise zu verbreiten,
  - e) die Datensammlungen mit Erkenntnissen und Erfahrungen aus dem Gesundheitsbereich stets auf dem neuesten Stand zu halten und dafür alle geeigneten Kommunikationsmittel zu nutzen,
  - f) (dem Regionalkomitee über die Indikatoren für „Gesundheit 2020“ und die Fortschritte in der Harmonisierung der erforderlichen Daten zu berichten.

---

<sup>5</sup> Und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration.

## **EUR/RC63/R4. Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020**

in Anerkennung der durch unzureichende, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel bedingten Krankheitslast in den Ländern der Europäischen Region,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC56/R2, mit der es die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten als strategischen Handlungsrahmen angenommen hat, mit dem die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ihre nationale Politik umsetzen und eine aktive internationale Zusammenarbeit betreiben können,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC57/R4, mit der es den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007–2012) angenommen hat,

unter Bekräftigung der Zustimmung zu der im Jahr 2006 angenommenen Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas,

unter Hinweis auf die Resolution WHA66.10 der Weltgesundheitsversammlung, die eine Zustimmung zu dem globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) enthielt,

in Anbetracht der Resolution WHA63.23 der Weltgesundheitsversammlung, in der politische Entschlossenheit zur Verhütung und Bekämpfung von Fehlernährung in all ihren Formen, die Umsetzung der Globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern und der Ausbau von auf die Ernährung abzielenden Interventionen gefordert wurden,

unter Berücksichtigung des neuen Europäischen Rahmenkonzeptes für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“,

in Anerkennung des Dokuments EUR/RC63/18 mit dem Fortschrittsbericht über Ernährung, Bewegung und Adipositas in der Europäischen Region,

nach Prüfung des Resultats der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 – der im Juli 2013 angenommenen Erklärung von Wien –;

1. STIMMT der Erklärung von Wien ZU;
2. RUFT die Mitgliedstaaten<sup>6</sup> dazu auf:<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration.

- (a) die in der Erklärung von Wien dargestellten Grundsatzoptionen als wesentlichen Beitrag zum Aufbau bzw. Ausbau von Handlungskonzepten für Nahrung, Ernährung und Bewegungsförderung in den Ländern zu prüfen,
  - (b) einen evidenzbasierten Ansatz zu fördern, bei dem alle staatlichen Ebenen beteiligt und alle maßgeblichen Akteure einbezogen werden,
  - (c) für eine geeignete Politiksteuerung zu sorgen, die der Durchführung von Maßnahmen zur Vorbeugung gegen durch ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel bedingte Erkrankungen dient, und ressortübergreifende Bündnisse und Netzwerke aufzubauen und die Befähigung von Bürgern voranzutreiben,
  - (d) gegebenenfalls unter Einbeziehung der maßgeblichen Akteure die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit gesunder Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten gezielt als Mittel zum Abbau von Ungleichheiten zu fördern,
  - (e) die Kapazitäten der Gesundheitssysteme der Länder zu stärken, damit diese auf durch Ernährung und Bewegungsmangel bedingte Gesundheitsprobleme reagieren können;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
- (a) in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und unter umfassender Berücksichtigung von aktuellen Initiativen sowie von Plänen und Strategien auf Ebene der Europäischen Region und auf der globalen Ebene einen Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung zur Vorlage an die 64. Tagung des Regionalkomitees sowie eine Strategie zur Bewegungsförderung zur Vorlage an deren 65. Tagung auszuarbeiten,
  - (b) die Ziele der Erklärung von Wien zu verfolgen und für deren Unterstützung zu werben.

### **EUR/RC63/R5. Die Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Ein aktueller Lagebericht über die Situation in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

im Bewusstsein der anhaltenden Finanz- und Wirtschaftskrise in den Ländern der Europäischen Region der WHO und ihrer Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit,

im Bewusstsein der Tatsache, dass seit Beginn der Finanz- und Wirtschaftskrise im Jahr 2008 die Arbeitslosenzahlen drastisch gestiegen sind und sich die Staatsfinanzen in zahlreichen Ländern verschlechtert haben,

ferner in der Erkenntnis, dass nicht alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO von der Finanz- und Wirtschaftskrise betroffen sind, zumindest nicht in demselben Maße,

in Anerkennung der Tatsache, dass in näherer Zukunft weiter mit Haushaltsengpässen und einer hohen Arbeitslosigkeit zu rechnen ist und dass es deshalb von entscheidender Bedeutung ist, die neuesten Erkenntnisse eingehend zu prüfen und daraus Lehren im Hinblick auf künftige politische Gegenmaßnahmen zu ziehen, die die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung mildern und die gesundheitlichen Zugewinne der letzten Jahrzehnte erhalten helfen,

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC59/R3, in der die Handlungsempfehlungen der Tagung von Oslo im April 2009 zur Kenntnis genommen und die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten wurden, dafür zu sorgen, dass ihre Gesundheitssysteme auch künftig die Bedürftigsten schützen,

in Anbetracht des von ihm im Jahr 2012 angenommenen Europäischen Rahmenkonzeptes für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“<sup>8</sup>,

nach Prüfung des *Europäischen Gesundheitsberichts 2012*<sup>9</sup> und des Berichts über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO<sup>10</sup> –,

1. BEGLÜCKWÜNSCHT das WHO-Regionalbüro für Europa zu der von ihm gezeigten fachlichen Führungskompetenz bei der Reaktion auf die Finanz- und Wirtschaftskrise, u. a. durch Entwicklung von Analyserahmen zur Überprüfung staatlicher Maßnahmen zur Bewältigung der Krise, Aufbereitung der Erkenntnisse über deren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme, Organisation von Veranstaltungen zur Förderung von Grundsatzdialog und Wissensvermittlung, Durchführung von Schulungen und Bereitstellung direkter fachlicher Hilfe;;
2. BRINGT seine Dankbarkeit gegenüber der Regierung Norwegens für die Ausrichtung einer hochrangigen Tagung zur Untersuchung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf Gesundheit und Gesundheitssysteme in der Europäischen Region am 17. und 18. April 2013 in Oslo ZUM AUSDRUCK;
3. STIMMT den grundsätzlichen Lehren und Empfehlungen ZU, die in dem als Anhang beigefügten Ergebnisdokument der hochrangigen Tagung erläutert werden (EUR/RC63/13) ;
4. FORDERT die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH AUF, bei der Gestaltung ihrer Maßnahmen zur Bewältigung der anhaltenden Finanz- und Wirtschaftskrise diese Lehren gebührend zu berücksichtigen und gegebenenfalls entsprechend zu handeln;
5. ERSUCHT die Regionaldirektorin:

---

<sup>8</sup> Resolution EUR/RC62/R4

<sup>9</sup> *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>, eingesehen am 16. Juli 2013).

<sup>10</sup> *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, Executive summary [dt.: Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO, Zusammenfassung]*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/background-documents/report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary>, accessed 6 May 2013).

- (a) den Mitgliedstaaten auch weiterhin Instrumente und anderweitige Unterstützung im Hinblick auf die Analyse, Gestaltung, Umsetzung und Bewertung politischer Handlungskonzepte zur Verfügung zu stellen,
- (b) zu diesem Zweck eng mit Partnerorganisationen wie dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, der Europäischen Kommission, dem Internationalen Währungsfonds und der Weltbank zusammenzuarbeiten.

### **EUR/RC63/R6. Europäischer Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten**

Das Regionalkomitee –

in Kenntnis der weltweiten Ausbreitung der Stechmückenarten *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* und *Culex* die effektive Überträger potenziell schwerer Krankheiten wie Dengue-Fieber, Chikungunya und West-Nil-Fieber sind,

in Anbetracht der besorgniserregenden geografischen Ausbreitung der Populationen der Stechmückenarten *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* und *Culex* sowie der zunehmenden Zahl gemeldeter einheimischer Fälle und Ausbrüche von Dengue-Fieber, Chikungunya und West-Nil-Fieber in der Europäischen Region der WHO in den vergangenen zehn Jahren –

1. UNTERSTÜTZT den Europäischen Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten;
2. FORDERT die stärker gefährdeten Mitgliedstaaten<sup>11</sup> AUF, den Europäischen Handlungsrahmen als Orientierungshilfe für die Ausarbeitung nationaler Aktionspläne heranzuziehen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
  - a) weiterhin Partnerschaften zu entwickeln bzw. auszubauen und die Gefahrenabschätzung in Bezug auf Krankheiten sowie die Vektorbekämpfung innerhalb der Europäischen Region der WHO zu koordinieren,
  - b) dem Regionalkomitee auf seiner 68. Tagung über Fortschritte in den Ländern zu berichten, die den Europäischen Handlungsrahmen anwenden.

---

<sup>11</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration



## EUR/RC63/R7. Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC60/R3, in der der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) unter anderem darum ersucht wurde, einen Zyklus umfassender Prüfungen in Bezug auf Führungsfragen in der Europäischen Region der WHO in Gang zu setzen und dem Regionalkomitee in Abständen, die er für sinnvoll erachtet, über die daraus gezogenen Lehren Bericht zu erstatten,

in Anbetracht der Entscheidung der zweiten Tagung des 20. SCRC im November 2012, eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe für Führungsfragen einzusetzen, deren Auftrag darin besteht, eine Bestandsaufnahme der Umsetzung der genannten Resolution in den vergangenen beiden Jahren vorzunehmen,

ferner in Kenntnis der Tatsache, dass der SCRC die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe in Bezug auf die Arbeitsweise des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sowie die Änderungen an ihrer Geschäftsordnung in ihrer Gesamtheit gebilligt hat,

angesichts der Tatsache, dass er selbst diese Empfehlungen geprüft hat, wie sie in dem Bericht der Regionaldirektorin zu diesem Thema (Dokument EUR/RC63/16 Rev.1) enthalten sind –

1. BESTÄTIGT, dass die Auswahl von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region, die Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und im SCRC benennen sollen, nach folgenden Kriterien erfolgen soll:

- a) der Zugehörigkeit zu einer der in Resolution EUR/RC60/R3 festgelegten und in Anhang 1 der vorliegenden Resolution aufgeführten subregionalen Ländergruppierungen;
- b) der Periodizität der Repräsentanz der ständigen Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen gemäß Resolution EUR/RC60/R3; und
- c) den in Resolution EUR/RC60/R3 festgelegten und in Anhang 2 der vorliegenden Resolution aufgeführten Kriterien in Bezug auf Erfahrung und Qualifikationen;

2. BESCHLIESST, dass das Verfahren zur Auswahl von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region, die Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und im SCRC benennen sollen, den in Anhang 3 der vorliegenden Resolution dargestellten langfristigen Plänen für die Repräsentanz unterliegt;

3. BESCHLIESST ausnahmsweise, die Amtszeit von zweien der vier auf der 63. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa gewählten Mitglieder des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit (EHMB) auf drei Jahre (vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2016) auszudehnen, während die beiden verbleibenden Mitglieder für die normale vorgesehene Amtszeit von zwei Jahren (vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2015) gewählt werden.

4. STIMMT den in Anhang 4 der vorliegenden Resolution enthaltenen Empfehlungen in Bezug auf a) die Transparenz der Tätigkeit des SCRC und b) die Kommunikation zwischen seinen Mitgliedern und den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ZU;

5. BESCHLIESST FERNER, Namen und Titel der Mitglieder des SCRC auf der für die Allgemeinheit zugänglichen Website des Regionalbüros zu veröffentlichen und ihre Kontaktinformationen auf der passwortgeschützten Website einzustellen;
6. NIMMT mit Wirkung vom Ende dieser Tagung die in Anhang 5 der vorliegenden Resolution enthaltenen Änderungsanträge zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees AN;
7. NIMMT den in Anhang 6 der vorliegenden Resolution enthaltenen Verhaltenskodex für die Nominierung des Regionaldirektors der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation AN;
8. FORDERT die Mitgliedstaaten dazu AUF, den Verhaltenskodex umzusetzen und sich an seine Leitlinien zu halten, ihn zu veröffentlichen und leicht zugänglich zu machen und Personen, die sie im Rahmen künftiger Nominierungsverfahren für das Amt des Regionaldirektors vorschlagen möchten, auf ihn aufmerksam zu machen;
9. BESCHLIESST, dass der Verhaltenskodex ab dem Ende dieser Tagung des Regionalkomitees in Kraft tritt;
10. ERSUCHT die Regionaldirektorin, die Umsetzung des Verhaltenskodexes in der darin vorgesehenen Weise zu unterstützen;
11. ERSUCHT die Regionaldirektorin FERNER, dem Sekretariat des Regionalbüros die Bedeutung der Einhaltung der in der Personalordnung festgelegten Verpflichtungen vor Augen zu führen, die sich auf die in dem Abschnitt des Verhaltenskodexes über interne Kandidaten enthaltenen Verhaltensregeln während des Nominierungsverfahrens für das Amt des Regionaldirektors beziehen.

## **Anhang 1. Festlegung der subregionalen Gruppierungen der Mitgliedstaaten**

### **Gruppe A: (17 Mitgliedstaaten)**

Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Slowakei, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie zwei bzw. (im Wechsel mit Gruppe B) drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

### **Gruppe B: (17 Mitgliedstaaten)**

Andorra, Bulgarien, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Malta, Monaco, Österreich, Portugal, Rumänien, San Marino, Schweiz, Slowenien, Spanien, Ungarn, Zypern

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie zwei bzw. (im Wechsel mit Gruppe A) drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

### **Gruppe C: (19 Mitgliedstaaten)**

Albanien, Armenien, Aserbaidshan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Israel, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, Republik Moldau, Russische Föderation, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

## **Anhang 2: Kriterien für die Auswahl von Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat der WHO und im Ständigen Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa**

Personen, die für Sitze im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss kandidieren, sollten möglichst über einen breiten Qualifikationsmix und über umfassende Praxiserfahrung im Bereich öffentliche Gesundheit sowie in nationalen Verwaltungsbehörden verfügen.

In Bezug auf die Anforderungen an Erfahrung und Qualifikationen werden die folgenden Kriterien vorgeschlagen:

- a) gegenwärtige (oder erst in jüngerer Vergangenheit beendete) Tätigkeit bei Gesundheitsbehörden des Herkunftslandes nahe der politischen Entscheidungsebene;
- b) Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen;
- c) Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation auf einzel- und zwischenstaatlicher Ebene;
- d) Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen bzw. fachlichen Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich);
- e) Verfügbarkeit und Engagement;
- f) Geschlecht (Bewerbungen von Frauen werden ausdrücklich begrüßt).

### Anhang 3. A. Zeitplan für die Mitgliedschaft von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region im Exekutivrat

Tabelle 1: Mehrjähriger Überblick über freie Sitze für die drei subregionalen Ländergruppierungen (nach Jahr der Nominierung)

Jahr der Nominierung	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
2013	Vereinigtes Königreich	Kein freier Sitz	Russische Föderation
2014	1 freier Sitz	Frankreich 1 freier Sitz	1 freier Sitz
2015	1 freier Sitz	Kein freier Sitz	1 freier Sitz
2016	Kein freier Sitz	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2017	Vereinigtes Königreich 1 freier Sitz	Kein freier Sitz	1 freier Sitz
2018	Kein freier Sitz	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2019	1 freier Sitz	Kein freier Sitz	Russische Föderation
2020	1 freier Sitz	Frankreich 1 freier Sitz	1 freier Sitz
2021	1 freier Sitz	Kein freier Sitz	1 freier Sitz
2022	Kein freier Sitz	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2023	Vereinigtes Königreich 1 freier Sitz	1 freier Sitz	1 freier Sitz

Das Jahr der Nominierung ist das Jahr, in dem die Mitgliedstaaten um Nominierung von Kandidaten gebeten werden und in dem das Regionalkomitee auf seiner meist im September stattfindenden Jahrestagung diese Nominierungen prüft. Das Jahr der Nominierung liegt ein Jahr vor dem eigentlichen Amtsantritt des künftigen Exekutivratsmitglieds.

### B. Zeitplan für die Mitgliedschaft im Ständigen Ausschuss

Tabelle 2: Mehrjähriger Überblick über freie Sitze für die drei subregionalen Ländergruppierungen (nach Jahr der Nominierung)

Jahr der Nominierung	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
2013	2 freie Sitze	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2014	1 freier Sitz	2 freie Sitze	1 freier Sitz
2015	1 freier Sitz	1 freier Sitz	2 freie Sitze
2016	2 freie Sitze	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2017	1 freier Sitz	2 freie Sitze	1 freier Sitz
2018	1 freier Sitz	1 freier Sitz	2 freie Sitze
2019	2 freie Sitze	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2020	1 freier Sitz	2 freie Sitze	1 freier Sitz
2021	1 freier Sitz	1 freier Sitz	2 freie Sitze
2022	2 freie Sitze	1 freier Sitz	1 freier Sitz
2023	1 freier Sitz	2 freie Sitze	1 freier Sitz

Das Jahr der Nominierung ist das Jahr, in dem die Mitgliedstaaten um Nominierung von Kandidaten gebeten werden und in dem das Regionalkomitee auf seiner meist im September stattfindenden Jahrestagung diese Nominierungen prüft. Die ausgewählten Kandidaten treten ihr Amt unmittelbar nach der betreffenden Tagung des Regionalkomitees an.

## **Anhang 4: Transparenz der Tätigkeit des SCRC und Kommunikation zwischen seinen Mitgliedern und den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region**

Die Tagesordnung jeder Tagung des SCRC und eine Liste der zu behandelnden Dokumente werden künftig schon geraume Zeit vor der Tagung auf der passwortgeschützten Website veröffentlicht, und im Falle der Tagung des Ständigen Ausschusses im Mai werden die Entwürfe der Dokumente allen Mitgliedstaaten zur selben Zeit zur Verfügung gestellt wie den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses.

Die Mitgliedstaaten können über die passwortgeschützte Website Fragen oder Vorschläge an den Regionaldirektor richten. Diese Themen werden dann in der Eröffnungsansprache des Regionaldirektors aufgegriffen, die per Video-Streaming übertragen wird.

Die Mitglieder des SCRC erklären sich dazu bereit, als Ansprechpersonen für bestimmte Fachthemen bzw. Resolutionen zu fungieren. Die Entscheidung, welche Mitglieder als Ansprechpersonen benannt werden, wird auf der Frühjahrstagung des SCRC getroffen und in dem entsprechenden Tagungsbericht vermerkt und an alle Mitgliedstaaten übermittelt, damit diese von der offenen Tagung des SCRC im Mai bis zur Tagung des Regionalkomitees im September an ihre jeweilige Ansprechperson im SCRC herantreten können.

Das Präsidium des SCRC (der Vorsitzende und der Stellvertretende Vorsitzende) arbeitet eng mit subregionalen Organisationen von Mitgliedstaaten wie der Europäischen Union, dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk, der Gemeinschaft unabhängiger Staaten und der Eurasischen Wirtschaftsgemeinschaft zusammen, insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitungen auf das Regionalkomitee. Mitglieder des SCRC, deren Länder einer solchen subregionalen Organisation angehören, werden dazu ermutigt, diese laufend über die Tätigkeit des Ausschusses zu unterrichten.

## **Anhang 5. Änderungsanträge zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa**

### **Teil 1: Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa**

#### **Regel 14.2.10**

**h)** Er prüft die Beglaubigungsschreiben der Delegierten von Mitgliedstaaten, indem er eine Untergruppe von drei Mitgliedern bestimmt, und erstattet dem Regionalkomitee darüber Bericht.

#### **Regel 22 a**

Formelle Vorschläge der Mitgliedstaaten in Form von Resolutionen oder Beschlüssen, die sich auf Punkte auf der vorläufigen Tagesordnung beziehen, sind schriftlich einzubringen und mindestens sieben Tage vor Eröffnung der Tagung des Regionalkomitees an den Regionaldirektor zu übermitteln, sofern die dafür relevanten Dokumente drei Wochen vor Beginn der Tagung veröffentlicht wurden. Das Regionalkomitee kann nach eigenem Ermessen formelle Vorschläge prüfen, die von Mitgliedstaaten in der Region nach dem vorstehend genannten Termin vorgelegt wurden.

Inhaltliche Änderungsanträge zu solchen formellen Vorschlägen sind normalerweise schriftlich einzubringen und vor Ende des ersten Tages der Tagung des Regionalkomitees an den Regionaldirektor zu übermitteln. Der Regionaldirektor verteilt Kopien solcher Änderungsanträge spätestens zu Beginn des zweiten Tages der Tagung an die Delegationen. Auf einer Tagung des Regionalkomitees wird kein derartiger Änderungsantrag erörtert oder zur Abstimmung vorgelegt, wenn er nicht mindestens 24 Stunden zuvor allen Delegationen zugeleitet worden ist. Der Präsident kann jedoch die Erörterung und Prüfung von Änderungsanträgen zulassen, auch wenn diese nicht unter Einhaltung der genannten Fristen verteilt wurden.

**Regel 22 b**

Formelle Vorschläge des Sekretariats in Form von Resolutionen oder Beschlüssen, die sich auf Punkte auf der vorläufigen Tagesordnung beziehen, sind vom Regionaldirektor den Mitgliedstaaten sowie den in Regel 2 genannten Organisationen, die zur Teilnahme an der Tagung eingeladen sind, mindestens sechs Wochen vor Beginn der Tagung zu übermitteln.

Inhaltliche Änderungsanträge zu solchen formellen Vorschlägen sind normalerweise schriftlich einzubringen und spätestens 24 Stunden vor Eröffnung der Tagung des Regionalkomitees an den Regionaldirektor zu übermitteln. Der Regionaldirektor verteilt Kopien solcher Änderungsanträge spätestens zu Beginn des ersten Tages der Tagung an die Delegationen. Auf einer Tagung des Regionalkomitees wird kein derartiger Änderungsantrag erörtert oder zur Abstimmung vorgelegt, wenn er nicht mindestens 24 Stunden zuvor allen Delegationen zugeleitet worden ist. Der Präsident kann jedoch die Erörterung und Prüfung von Änderungsanträgen zulassen, auch wenn diese nicht unter Einhaltung der genannten Fristen verteilt wurden.

**Regel 22 c**

Im Sinne einer gerechten und effizienten Führung der Geschäfte während der Tagung des Regionalkomitees können formelle Vorschläge in Bezug auf Resolutionen, Beschlüsse oder inhaltliche Änderungsanträge daran eine vorherige Rücksprache mit dem Präsidium des Regionalkomitees und dem Regionaldirektor über das weitere Vorgehen erforderlich machen, falls das Regionalkomitee so entscheidet. Das Regionalkomitee kann ferner zur Prüfung solcher Fragen und anschließenden Stellungnahme einen Unterausschuss einsetzen.

**Regel 47**

**47.4** Jedes Mitglied der Region kann den Namen einer Person (oder mehrerer Personen) vorschlagen, die sich bereit erklärt hat (haben), das Amt des Regionaldirektors zu übernehmen; mit jedem Vorschlag sind auch Einzelheiten über die fachliche Befähigung und die Erfahrung der vorgeschlagenen Person zu übermitteln. Die Mitgliedstaaten erinnern sich an den vom Regionalkomitee angenommenen Verhaltenskodex und weisen die betreffenden Personen darauf hin. Diese Vorschläge sind so rechtzeitig einzureichen, dass sie dem Generaldirektor .... (Absatz wird wie in der gegenwärtig geltenden Geschäftsordnung fortgesetzt).

## **Teil 2: Geschäftsordnung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa**

### **Regel 3**

Mit Ausnahme der jährlich im Mai, vor Beginn der Weltgesundheitsversammlung, stattfindenden Tagung, zu der alle Mitglieder<sup>12</sup> in der Europäischen Region ohne Stimmrecht eingeladen werden, finden die Tagungen des Ständigen Ausschusses unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt, sofern der Ständige Ausschuss nichts anderes beschließt. Eingedenk der wesentlichen Tagesordnungspunkte ... *(Absatz wird wie in der gegenwärtig geltenden Geschäftsordnung fortgesetzt).*

## **Anhang 6. Verhaltenskodex für die Nominierung des Regionaldirektors der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation**

In dem Verhaltenskodex wird ein offenes, gerechtes, ausgewogenes und transparentes Verfahren für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert. Der Verhaltenskodex, der auf eine Verbesserung des Verfahrens insgesamt abzielt, befasst sich mit einer Reihe von Bereichen wie der Einreichung von Vorschlägen und der Durchführung von Wahlkämpfen durch Mitgliedstaaten und Kandidaten.

Der Verhaltenskodex beruht auf einem politischen Einverständnis zwischen den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region. Er enthält Empfehlungen zu wünschenswerten Verhaltensweisen von Mitgliedstaaten und Kandidaten im Hinblick auf das Verfahren zur Nominierung des Regionaldirektors, durch die dieses gerechter, offener und transparenter wird und das Resultat an Legitimität und Akzeptanz gewinnt. Der Verhaltenskodex an sich ist nicht rechtsverbindlich, doch wird von Mitgliedstaaten und Kandidaten erwartet, dass sie sich an seine Leitlinien halten.

Der Verhaltenskodex basiert auf den Bestimmungen der Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa über die Nominierung des Regionaldirektors für die Europäische Region und knüpft an ihnen an.

### **A. Allgemeine Anforderungen**

#### **I. Grundprinzipien**

1. Das gesamte Nominierungsverfahren sowie die damit verbundenen Wahlkampfaktivitäten sollen sich an den Bestimmungen der Regel 47 der Geschäftsordnung sowie an den nachstehenden Grundsätzen orientieren, die sich positiv auf die Legitimität des Verfahrens und dessen Ergebnis auswirken:

Gerechtigkeit

Chancengleichheit

---

<sup>12</sup> Und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration.

Transparenz  
guter Glaube  
Würde, gegenseitiger Respekt und Mäßigung  
keine Diskriminierung  
Qualifikationen.

## **II. Autorität des Regionalkomitees und seiner Geschäftsordnung**

1. Die Mitgliedstaaten beugen sich im Hinblick auf die Durchführung des Verfahrens zur Nominierung für das Amt des Regionaldirektors gemäß Regel 47 der Geschäftsordnung und den maßgeblichen Resolutionen des Regionalkomitees der Autorität des Regionalkomitees für Europa.
2. Mitgliedstaaten, die Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors vorschlagen, sind dazu berechtigt, diese Kandidaten im Wahlkampf zu unterstützen. Gleiches gilt für die Kandidaten in Bezug auf ihre eigene Kandidatur. Bei der Ausübung dieses Rechts sollen sich die Mitgliedstaaten und die Kandidaten an alle die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors betreffenden Bestimmungen halten, die in Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees sowie in den maßgeblichen Resolutionen und Beschlüssen des Regionalkomitees enthalten sind.

## **III. Zuständigkeiten**

1. Für die Achtung und Einhaltung dieses Verhaltenskodexes sind die Mitgliedstaaten und Kandidaten selbst verantwortlich.
2. Die Mitgliedstaaten erkennen an, dass das Verfahren zur Nominierung für das Amt des Regionaldirektors offen, transparent, gerecht und ausgewogen sein und auf den Qualitäten der einzelnen Kandidaten basieren soll. Sie sollen diesen Verhaltenskodex veröffentlichen und leicht zugänglich machen.

## **B. Anforderungen hinsichtlich der verschiedenen Schritte des Nominierungsverfahrens**

### **I. Einreichung von Vorschlägen**

1. Beim Vorschlag des Namens einer oder mehrerer Personen als Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors werden die Mitgliedstaaten vom Generaldirektor gebeten, nähere Angaben zu den Qualifikationen und zur Erfahrung der einzelnen Bewerber nach Maßgabe der durch Resolution EUR/RC40/R3 angenommenen und durch Resolution EUR/RC47/R5 bestätigten und ergänzten Kriterien zu machen.

### **II. Wahlkampf**

1. Dieser Verhaltenskodex gilt für Wahlkampfaktivitäten in Verbindung mit der Nominierung eines Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors unabhängig vom Ort ihres Stattfindens bis zum Zeitpunkt der Nominierung durch das Regionalkomitee.
2. Alle Mitgliedstaaten und Kandidaten sollen während des gesamten Nominierungsverfahrens Kommunikation und Zusammenarbeit untereinander fördern und unterstützen. Die Mitgliedstaaten und Kandidaten sollen angesichts der gemeinsamen Ziele Chancengleichheit, Offenheit, Transparenz und Fairness während der gesamten Dauer des Nominierungsverfahrens nach Treu und Glauben handeln.



3. Die Mitgliedstaaten und die Kandidaten sollen stets respektvoll übereinander reden, und kein Mitgliedstaat oder Kandidat soll zu irgendeinem Zeitpunkt Wahlkampfaktivitäten anderer Kandidaten stören oder behindern. Ebenso soll jeder Mitgliedstaat oder Kandidat davon absehen, mündliche oder schriftliche Erklärungen oder sonstige Äußerungen abzugeben, die als diffamierend oder verleumderisch angesehen werden könnten.
  4. Alle Mitgliedstaaten und Kandidaten sollen ihre Wahlkampfaktivitäten (z. B. Veranstaltung von Tagungen und Workshops, Besuche) offenlegen. Diese Informationen werden auf einer eigens dafür eingerichteten Seite auf der Website des Regionalbüros eingestellt.
  5. Die Mitgliedstaaten und Kandidaten sollen davon absehen, das Nominierungsverfahren in unangemessener Weise zu beeinflussen, indem sie etwa als Gegenleistung für die Unterstützung eines Kandidaten finanzielle oder sonstige Leistungen gewähren oder annehmen oder solche Leistungen in Aussicht stellen.
  6. Die Mitgliedstaaten und Kandidaten sollen gegenüber einer öffentlichen oder privaten natürlichen oder juristischen Person keine Versprechen abgeben oder Verpflichtungen eingehen oder von ihr Anweisungen entgegennehmen, falls dies die Integrität des Nominierungsverfahrens beeinträchtigen oder so wahrgenommen werden könnte.
  7. Mitgliedstaaten, die einen Kandidaten vorgeschlagen haben, sollen auf entsprechenden Wunsch Zusammentreffen zwischen ihrem Kandidaten und anderen Mitgliedstaaten arrangieren. Sofern möglich, sollen Zusammentreffen zwischen Kandidaten und Mitgliedstaaten im Rahmen von Konferenzen oder anderen Veranstaltungen stattfinden, an denen Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region teilnehmen, statt durch bilaterale Zusammentreffen.
  8. Mitgliedstaaten, die Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors nominieren, sollen in Erwägung ziehen, etwaige Zuwendungen oder andere Finanzmittel für die vorausgegangenen beiden Jahre offenzulegen, um eine vollständige Transparenz und gegenseitiges Vertrauen zwischen den Mitgliedstaaten herzustellen.
  9. Reisen von Kandidaten in Mitgliedstaaten zwecks Werbung für die eigene Kandidatur sollen nur in begrenztem Umfang stattfinden, um übermäßige Ausgaben zu vermeiden, die zu einer Verzerrung des Wettbewerbs zwischen den Mitgliedstaaten und Kandidaten führen könnten.
- In diesem Zusammenhang sollen die Mitgliedstaaten und Kandidaten in Erwägung ziehen, für geplante Zusammentreffen und andere Werbemaßnahmen in Verbindung mit dem Wahlkampf so weit wie möglich auf bereits bestehende Mechanismen (Regionalkomitee, Exekutivrat, Weltgesundheitsversammlung) zurückzugreifen.
10. Wahlkampfförderung oder Propaganda unter dem Deckmantel von Fachtagungen oder ähnlichen Veranstaltungen soll vermieden werden.
  11. Nachdem der Generaldirektor im Einklang mit den Bestimmungen der Regel 47.9 der Geschäftsordnung die Namen und näheren Angaben von Kandidaten an die Mitgliedstaaten übermittelt hat, eröffnet er auf der Website der WHO ein passwortgeschütztes Web-Forum mit Fragen und Antworten, das allen Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region sowie allen Kandidaten, die die Teilnahme an einem solchen Forum wünschen, offen steht.
  12. Nachdem der Generaldirektor die Namen und näheren Angaben von Kandidaten an die Mitgliedstaaten übermittelt hat, stellt das Regionalbüro auf seiner Website Informationen über alle

Kandidaten, die dies wünschen, ein; dazu gehören ihre Lebensläufe und andere von den Mitgliedstaaten erhaltene Angaben zu ihren Qualifikationen und ihrer Erfahrung sowie ihre Kontaktinformationen und die maßgeblichen Regeln und Entscheidungskriterien in Bezug auf das Nominierungsverfahren gemäß Regel 47 der Geschäftsordnung. Auf der Website werden auch Links zu den Websites der einzelnen Kandidaten zu finden sein, falls es von diesen gewünscht wird. Jeder Kandidat ist für die Einrichtung und Finanzierung seiner Website selbst verantwortlich.

13. Darüber hinaus kann die Regionale Beurteilungskommission nach Maßgabe der Regel 47.8 nach eigenem Ermessen auf der zusammen mit dem Ständigen Ausschuss einberufenen Sitzung der Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region, die unmittelbar vor Eröffnung der Weltgesundheitsversammlung stattfindet, den Kandidaten die Gelegenheit zu einer mündlichen Präsentation von begrenzter Dauer geben.

### **III. Nominierung**

1. Gemäß Regel 47.12 der Geschäftsordnung erfolgt die Nominierung des Regionaldirektors in einer nichtöffentlichen Sitzung des Regionalkomitees. Die Teilnahme an der nichtöffentlichen Sitzung wird vom Generaldirektor vorgeschrieben und ist neben den Mitgliedstaaten auf die unentbehrlichen Mitarbeiter des Sekretariats beschränkt. Die Kandidaten selbst dürfen an dieser Sitzung nicht teilnehmen; dies gilt selbst dann, wenn sie der Delegation ihres Landes angehören. Die Wahlgänge in der nichtöffentlichen Sitzung erfolgen in geheimer Abstimmung. Die Mitgliedstaaten sollen über die Ergebnisse der einzelnen Wahlgänge Stillschweigen bewahren.

2. Die Mitgliedstaaten sollen sich strikt an die Bestimmungen der Regel 47 der Geschäftsordnung sowie maßgeblicher Resolutionen halten und die Integrität, Legitimität und Würde des Verfahrens wahren. Sie sollen innerhalb wie außerhalb des Konferenzsaals, in dem die Nominierung erfolgt, Verhaltensweisen und Handlungen vermeiden, die als Einflussnahme auf deren Ausgang gewertet werden könnten.

3. Die Mitgliedstaaten sollen die Vertraulichkeit des Verfahrens und die Geheimhaltung der Stimmabgabe wahren. Sie sollen insbesondere davon absehen, das Geschehen während der nichtöffentlichen Sitzungen durch elektronische Geräte zu übermitteln oder zu übertragen.

### **IV. Interne Kandidaten**

1. Mitarbeiter der WHO, einschließlich des amtierenden Regionaldirektors, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen werden, unterliegen den in der Personalordnung der WHO enthaltenen Verpflichtungen sowie den Leitlinien, die von Zeit zu Zeit vom Generaldirektor erlassen werden.

2. Mitarbeiter der WHO, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen werden, müssen die höchsten ethischen Anforderungen erfüllen und jeden Anschein von unangemessenem Verhalten vermeiden. Mitarbeiter der WHO müssen die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Aufgaben klar von ihrer Kandidatur trennen und jegliche Überschneidung zwischen ihren Wahlaktivitäten und ihrer Arbeit für die WHO oder auch nur den Anschein einer solchen Überschneidung vermeiden. Ebenso müssen sie jeden Anschein eines Interessenkonfliktes vermeiden.

3. Mitarbeiter der WHO unterliegen gemäß den maßgeblichen Vorschriften bei Anschuldigungen in Bezug auf eine Verletzung ihrer Pflichten in Verbindung mit ihren Wahlkampfaktivitäten der Autorität des Regionaldirektors und des Generaldirektors.

4. Das Regionalkomitee kann vorschlagen, dass der Generaldirektor für Mitarbeiter, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen worden sind, eine Anwendung von Regel 650 der Personalordnung über Sonderurlaub in Erwägung zieht.

### **EUR/RC63/R8. Prüfung zum Stand der vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen und Empfehlungen in Bezug auf Befristungen und Berichtspflichten**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC63/17 Rev.1 über den Stand der vom Regionalkomitee in den vergangenen zehn Jahren (2003–2012) angenommenen Resolutionen sowie der Empfehlungen in Bezug auf Befristungen und Berichtspflichten,

in Erinnerung an seine Resolution EUR/RC58/R5 zur Überprüfung der Berichterstattung an das Regionalkomitee in Bezug auf Resolutionen früherer Tagungen,

in Anbetracht der sich aus einer Reihe von Resolutionen ergebenden unbefristeten Berichtspflichten an das Regionalkomitee –

1. BILLIGT die in Dokument EUR/RC63/17 Rev.1 enthaltenen Empfehlungen in Bezug auf Befristung und Berichterstattung, durch die eine zeitlich befristete Berichterstattung eingeführt, die zeitlich unbefristete Berichterstattung beendet und jene Resolutionen außer Kraft gesetzt werden, die durch nachfolgende Resolutionen insgesamt hinfällig geworden sind;
2. ERSUCHT die Regionaldirektorin, die Praxis der Festlegung von Berichtspflichten in Bezug auf die Umsetzung von Resolutionen mit einem konkreten Enddatum für die Berichterstattung an das Regionalkomitee fortzusetzen.

### **EUR/RC63/R9. Einsetzung einer Regionalen Beurteilungskommission**

Das Regionalkomitee –

gemäß Regel 47 seiner Geschäftsordnung –

1. SETZT eine aus den nachfolgend aufgeführten Mitgliedern und Stellvertretern bestehende Regionale Beurteilungskommission EIN:

Mitglieder:

- Dr Daniel Reynders (Belgien)
- Outi Kuivasniemi (Finnland)
- Dr Svetlana Axelrod (Russische Föderation)

Stellvertreter:

- Prof. Maksut Kulzhanov (Kasachstan)
- Prof. Vilius Grabauskas (Litauen)
- Mykhailo Statkevych (Ukraine)

2. ERSUCHT die Regionale Beurteilungskommission, ihre Arbeit unter Berücksichtigung der Prinzipien aus dem Verhaltenskodex und gemäß der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sowie anderen, in Dokument EUR/RC63/Inf.Doc./213 festgelegten, Kriterien durchzuführen und dem Regionalkomitee auf dessen 64. Tagung über diese Arbeit zu berichten.

### **EUR/RC63/R10. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit**

Das Regionalkomitee –

in Fortführung der Resolution EUR/RC55/R2, mit der die 2005 in Helsinki unterzeichnete Erklärung zur psychischen Gesundheit als Plädoyer für eine Politik befürwortet wurde, die psychisches Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe anstrebt;

in Anerkennung des im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit angeregten Vorgehens, das mit weiteren Strategien und Konzepten der WHO, etwa dem Europäischen Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“ (Resolution EUR/RC62/R4), dem globalen umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013–2020) (WHA66.8) und dem Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (Resolution EUR/RC61/R3) interdependent verflochten ist,

in Erinnerung an die Rechtsinstrumente der Vereinten Nationen und unter Betonung ihrer Bedeutung, insbesondere des Übereinkommens über die Rechte des Kindes und des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, samt der Pflichten der Vertragsparteien, und als Aufforderung an Mitgliedstaaten, die noch nicht Vertragsparteien derartiger Übereinkommen sind, gegebenenfalls die Anwendung ihrer Bestimmungen in Betracht zu ziehen,

unter Begrüßung der Beteiligung von Mitgliedstaaten, Interessensvertretern der Nutzer und ihrer Angehörigen, Fachorganisationen sowie Fachleuten an der Ausarbeitung dieses Aktionsplans –

1. UNTERSTÜTZT den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit;
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:
  - (a) die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung zu verbessern und, unter besonderer Beachtung vulnerabler Gruppen, ihre Belastung durch psychische Störungen zu verringern und zugleich für Förderungs- und Vorsorgemaßnahmen sowie Interventionen zu den Determinanten der psychischen Gesundheit zu sorgen, in denen allgemeine und gezielte Maßnahmen miteinander kombiniert werden,

---

<sup>13</sup> Dieses Dokument liegt nur in englischer und russischer Sprache vor.

- (b) die Rechte der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu achten, ihre soziale Inklusion zu fördern und ausgewogene Chancen auf höchste Lebensqualität zu bieten und dabei gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolierung vorzugehen,
  - (c) den Zugang zu sicheren, kompetenten, bezahlbaren, wirksamen und gemeindenahen psychosozialen Angeboten oder deren angemessene Nutzung zu stärken bzw. zu schaffen;
3. FORDERT die internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen einschließlich der Vereinigungen von Nutzern und ihren Angehörigen AUF, die Umsetzung des Aktionsplans zu unterstützen;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- (a) für die Umsetzung des Aktionsplans fachliche Unterstützung anzubieten,
  - (b) im Jahr 2017 über Fortschritte zu berichten.

### **EUR/RC63/R11. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2014–2017**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 62. Tagung angenommene Resolution EUR/RC62/R8 –

1. BEKRÄFTIGT, dass die 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen abgehalten wird;
2. BESCHLIESST, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 in Vilnius (Litauen) abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 67. Tagung zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt und an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

**EUR/RC63(1). Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Kasachstan**

Das Regionalkomitee beschließt:

1. dem Sekretariat auf der Grundlage des in den Dokumenten EUR/RC63/22 Rev.1 und EUR/RC63/Inf.Doc./8<sup>14</sup> präsentierten Geschäftsmodells und fachlichen Anforderungsprofils den Auftrag zu erteilen, in Kasachstan ein ausgelagertes Fachzentrum mit Zuständigkeit für primäre Gesundheitsversorgung einzurichten;
2. das Sekretariat zu ersuchen, das Fachzentrum in umfassender Zusammenarbeit mit dem Gastland sowie unter gebührender Berücksichtigung der auf der 63. Tagung des Regionalbüros erfolgten Stellungnahmen und Beratungen einzurichten;
3. dass es in regelmäßigen Abständen, nämlich jährlich im Rahmen des Berichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region sowie alle fünf Jahre in dem Bericht über die Tätigkeit der ausgelagerten Fachzentren und deren Bewertung informiert wird.

**EUR/RC63(2). 4. Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei**

Das Regionalkomitee beschließt:

1. die Bezeichnung für die Außenstelle zur Bewältigung humanitärer Krisen (EUR/RC62(2)) in Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen zu ändern;
2. dem Sekretariat auf der Grundlage des in den Dokumenten EUR/RC63/23 und EUR/RC63/Inf.Doc./11 präsentierten Geschäftsmodells und fachlichen Anforderungsprofils den Auftrag zu erteilen, in der Türkei ein ausgelagertes Fachzentrum mit Zuständigkeit für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen einzurichten;
3. das Sekretariat zu ersuchen, das Fachzentrum in umfassender Zusammenarbeit mit dem Gastland sowie unter gebührender Berücksichtigung der auf der 63. Tagung des Regionalbüros erfolgten Stellungnahmen und Beratungen einzurichten;
4. dass es in regelmäßigen Abständen, nämlich jährlich im Rahmen des Berichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region sowie alle fünf Jahre in dem Bericht über die Tätigkeit der ausgelagerten Fachzentren und deren Bewertung informiert wird.

---

<sup>14</sup> Dieses Dokument existiert nur in englischer und russischer Sprache.

## Anlage 1. Tagesordnung

### 1. Eröffnung der Tagung

- Wahl des Präsidenten, des Exekutivpräsidenten, des Stellvertretenden Exekutiv-präsidenten und des Berichterstatters
- Annahme der Vorläufigen Tagesordnung und des Programms

### 2. Ansprachen

- a) Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region seit dem RC62

### 3. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben

- a) Nachbereitung zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.
- b) Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015
- c) Internationale Gesundheitsvorschriften (2005)
- d) Globaler Aktionsplan für Impfstoffe
- e) Beratende Expertengruppe Forschung und Entwicklung: Finanzierung und Koordination

### 4. Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)

### 5. Grundsatz- und Fachfragen

- a) Gesundheit 2020
  - i. Umsetzung von „Gesundheit 2020“: Fortschritte und Entwicklungen seit dem RC62
  - ii. Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO
  - iii. Beobachtungsrahmen für „Gesundheit 2020“, einschließlich Indikatoren
- b) Europäischer Rahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung des Vordringens von Moskitos und der erneut auftretenden Vektorerkrankungen
- c) Bericht des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit
- d) Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2014–2020)
- e) Fortschrittsbericht über die Eliminierung von Masern und Röteln und das Paket beschleunigter Maßnahmen zum Erreichen der Eliminierung bis 2015
- f) Partnerschaften
- g) Ergebnisse hochrangiger Tagungen
  - i. Hochrangige Tagung zum Thema Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Ein aktueller Lagebericht über die Situation in der Europäischen Region der WHO, Oslo (Norwegen), 17.–18. April 2013

- ii. 8. Globale Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung: Erklärung von Helsinki (Finnland) zu Gesundheit in allen Politikbereichen und der Ruf nach Handlung, hierunter Europatag zur Förderung dieses Ansatzes mit Erfahrungen aus der Europäischen Region (10. bis 14. Juni 2013)
- iii. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020, Wien (Österreich), 4.–5. Juli 2013
- h) WHO-Reform – Folgen für das Regionalbüro
  - i. Überblick über die Auswirkungen der WHO-Reform auf das Regionalbüro für Europa
  - ii. Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015, einschließlich der strategischen Mittelzuweisung
  - iii. Verfahren zur Aufstellung des Programmhaushalts 2016–2017
  - iv. Ergebnis des ersten Finanzierungsdialogs
  - v. Finanzielle Situation des Regionalbüros
- i) Führungsfragen beim Regionalbüro für Europa, einschließlich
  - i. Änderungen der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa
  - ii. Prüfung der Resolutionen des Regionalkomitees aus den vergangenen zehn Jahren (2003 bis 2013) und Empfehlungen zu ihrem Auslaufen und zu Berichtsanforderungen
- j) Außenstellen (GDO): Geschäftsmodelle und Fortschrittsberichte
- k) Fortschrittsberichte:
  - i. Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten
    - Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) (EUR/RC61/R7)
  - ii. Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten
    - Anti-Tabak-Maßnahmen in der Europäischen Region
    - Umsetzung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (EUR/RC57/R4 und EUR/RC58/R5)
    - Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (EUR/RC61/R3)
  - iii. Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf
    - Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (EUR/RC57/R2)
  - iv. Kategorie 5: Vorsorge, Surveillance und Gegenmaßnahmen
    - Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (EUR/RC59/R5)
    - Umsetzung des Strategischen Aktionsplans für die Europäische Region zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (EUR/RC61/R6)

## 6. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen



**7. Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees****8. Sonstige Angelegenheiten****9. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung****Fachinformationssitzungen**

- Prävention von Misshandlung und anderen schädlichen Vorkommnissen im Kindesalter
- Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO
- Umsetzung von „Gesundheit 2020“: Stärkung der ressortübergreifenden Verantwortung für Gesundheit in der Türkei
- Einführung in den Programmhaushalt der WHO und damit zusammenhängende Finanzfragen

**Mittagessen der Minister**

- Soziale Determinanten von Gesundheit und Führung der Gesundheitssysteme – Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO
- Die zunehmende Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung durch antimikrobielle Resistenz
- Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

## Anlage 2. Liste der Arbeitspapiere

### Arbeitsdokumente

EUR/RC63/1	Vorläufige Liste der Arbeitspapiere
EUR/RC63/2 Rev.2	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC63/2 Rev.2 Add.1	Vorläufige Tagesordnung (mit Kommentaren)
EUR/RC63/3 Rev.2	Vorläufiges Programm
EUR/RC63/4	Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC63/4 Add.1	Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC63/5	Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013: Zwischenbericht der Regionaldirektorin
EUR/RC63/6	Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der 66. Tagung der Weltgesundheitsversammlung ergeben
EUR/RC63/7 Rev.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC63/7 Add.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC63/8	Zielvorgaben, Indikatoren und Kontrollrahmen für Gesundheit 2020
EUR/RC63/9	Europäischer Rahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Mückenarten und wieder auftretender Vektorerkrankungen;
EUR/RC63/10	Bericht des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit an das WHO-Regionalkomitee für Europa und den Ausschuss für Umweltpolitik der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa
EUR/RC63/11	Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit
EUR/RC63/12	Fortschrittsbericht über die Eliminierung von Masern und Röteln und das Paket aus beschleunigten Maßnahmen zum Erreichen des Eliminierungsziels bis 2015
EUR/RC63/13	Ergebnisdokument für die hochrangige Tagung über Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Ein aktueller Lagebericht über die Situation in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC63/14	Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020
EUR/RC63/15	Reform der WHO: Fortschritte und Folgen für die Europäische Region
EUR/RC63/16 Rev.1	Reform der Führungsstrukturen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC63/17 Rev.1	Überprüfung der Resolutionen des Regionalkomitees der vergangenen zehn Jahre (2003–2012) sowie Empfehlungen zu Befristungen und Berichtspflichten
EUR/RC63/18	Fortschrittsberichte
EUR/RC63/18 Corr.1	Fortschrittsberichte
EUR/RC63/19	Bericht von der Eröffnung des Finanzierungsdialogs der WHO
EUR/RC63/20	Erstellung des Programmhaushaltsentwurfs 2016–2017
EUR/RC63/21	Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015
EUR/RC63/21 Corr.1	Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015

EUR/RC63/22 Rev.1	Geschäftsmodell des vorgeschlagenen Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung
EUR/RC63/23	Geschäftsmodell für das vorgeschlagene ausgelagerte Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für humanitäre und gesundheitliche Notlagen
EUR/RC63/23 Corr.1	Geschäftsmodell für das vorgeschlagene ausgelagerte Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für humanitäre und gesundheitliche Notlagen

### **Konferenzdokumente**

EUR/RC63/Conf.Doc./1 Rev.1	Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013
EUR/RC63/Conf.Doc./2	Bericht des Zwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC63/Conf.Doc./3	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2014–2017
EUR/RC63/Conf.Doc./4	Einsetzung einer Regionalen Beurteilungskommission
EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1	Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa
EUR/RC63/Conf.Doc./6	Europäischer Rahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Mückenarten und wieder auftretender Vektorerkrankungen
EUR/RC63/Conf.Doc./7	Indikatoren für Gesundheit 2020
EUR/RC63/Conf.Doc./8	Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit
EUR/RC63/Conf.Doc./9	Die Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Ein aktueller Lagebericht über die Situation in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC63/Conf.Doc./10 Rev.1	Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020
EUR/RC63/Conf.Doc./11 Rev.1	Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Kasachstan
EUR/RC63/Conf.Doc./12 Rev.1	Prüfung zum Stand der vom Regionalkomitee angenommenen Resolutionen und Empfehlungen in Bezug auf Befristungen und Berichtspflichten
EUR/RC63/Conf.Doc./13	Einrichtung eines neuen ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei

### **Informationsdokumente**

EUR/RC63/Inf.Doc./1	Implementing Health 2020
EUR/RC63/Inf.Doc./2	Appointment of a regional evaluation group
EUR/RC63/Inf.Doc./3	Implementing the programme budget 2014–2015: supplementary information
EUR/RC63/Inf.Doc./4	Financial situation of the WHO Regional Office for Europe
EUR/RC63/Inf.Doc./5	Progress report on the WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening
EUR/RC63/Inf.Doc./6	Progress report on the WHO European Centre for Environment and Health, Bonn, Germany (WHO/ECEH)
EUR/RC63/Inf.Doc./6 Corr.1	Progress report on the WHO European Centre for Environment and Health, Bonn, Germany (WHO/ECEH)

EUR/RC63/Inf.Doc./7	Progress report on the WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy (WHO/PCR-SDH)
EUR/RC63/Inf.Doc./8	WHO Regional Office for Europe Centre for Primary Health Care
EUR/RC63/Inf.Doc./9	Health on the United Nations post-2015 development agenda
EUR/RC63/Inf.Doc./10	Development of a limited set of action plan indicators to inform reporting on progress made in the implementation of the WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020
EUR/RC63/Inf.Doc./11	WHO Regional Office for Europe Centre for Preparedness for Humanitarian and Health Emergencies
EUR/RC63/Inf.Doc./12	Implementation of the International Health Regulations (2005)
EUR/RC63/Inf.Doc./13	The Global Vaccine Action Plan 2011–2020: monitoring progress and preparing a Regional vaccine action plan
EUR/RC63/Inf.Doc./14	Draft background text on regional implications of the new polio strategic plan
EUR/RC63/Inf.Doc./15	Draft terms of reference for a global coordination mechanism for the prevention and control of noncommunicable diseases

## **Anhang 3: Teilnehmerliste**

### **I. Mitgliedstaaten**

#### **Albanien**

*Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Genci Muçaj  
Botschafter, Botschaft Albaniens in der Türkei

#### **Andorra**

*Repräsentantin*

Frau Carme Pallarès  
Leiterin der Abteilung für Gesundheitsressourcen, Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt

#### **Aserbaidtschan**

*Repräsentant*

Herr Elsevar Aghayev  
Stellvertretender Gesundheitsminister

#### **Belarus**

*Repräsentanten*

Dr. Vasily Zharko  
Gesundheitsminister

Herr Anatoly Grushkovsky  
Leiter, Abteilung für auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Herr Igor Beliy  
Generalkonsul für Belarus in Istanbul

*Beraterin*

Frau Tatyana Bogushevich  
Erste Sekretärin, Allgemeine Abteilung für multilaterale Diplomatie, Außenministerium

**Belgien***Repräsentanten*

Herr Alex Lenaerts  
Diplomatischer Berater, Büro des Ministers für Soziales und Gesundheit

Dr. Daniel Reynders  
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

*Stellvertreter*

Dr. Paul Cartier  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Belgiens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Frau Stephanie Langerock  
Attaché, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Frau Marleen Van Dijk  
Abteilung Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Familie, Region Flandern

Herr Loïc Josseran  
Abteilung für auswärtige Beziehungen, Allgemeines Betriebszentrum für örtliche Verwaltung, soziales Handeln und Gesundheit, öffentlicher Dienst Walloniens

**Bulgarien***Repräsentanten*

Prof. Chavdar Slavov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Petko Salchev  
Leiter, Staatliches Zentrum für öffentliche Gesundheit und Analysen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterin*

Prof. Mira Kojouharova  
Stellvertretende Leiterin, Staatliches Zentrum für infektiöse und parasitäre Krankheiten, Gesundheitsministerium

Frau Elka Doncheva  
Erste Sekretärin, Direktion für Menschenrechte, Außenministerium

## **Dänemark**

### *Repräsentantinnen*

Frau Hanne Findsen  
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

Frau Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

### *Stellvertreterin*

Frau Gitte Lindgaard  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit

## **Deutschland**

### *Repräsentanten*

Herr Udo Scholten  
Leiter der Unterabteilung, Europäische und Internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Frau Dagmar Reitenbach  
Referatsleiterin, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Frau Chariklia Balas  
Referatsleiterin, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

### *Berater*

Herr Thomas Ifland  
Berater, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

### *Repräsentanten*

Herr Nikola Todorov  
Gesundheitsministerin

Herr Jovan Grpovski  
Staatsrat, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Herr Angel Mitevski  
Gesundheitsministerium

**Estland***Repräsentantinnen*

Frau Ivi Normet  
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Sozialministerium

Frau Liis Rooväli  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Sozialministerium

*Stellvertreterin*

Dr. Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

**Finnland***Repräsentantin*

Frau Taru Koivisto  
Direktorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

*Stellvertreter*

Frau Outi Kuivasniemi  
Ministerielle Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Eero Lahtinen  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

*Berater*

Herr Pasi Mustonen  
Ministerieller Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Anni-Ritta Virolainen-Julkunen  
Leitende Medizinalbeamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Sakari Karvonen  
Direktor, Ministerium für Soziales und Gesundheit



## Frankreich

### *Repräsentant*

Herr Cyril Cosme  
Beauftragter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### *Stellvertreterinnen*

Frau Brigitte Arthur  
Leiterin des Büros für internationale Gesundheit und Sozialschutz, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium Soziales und Gesundheit

Frau Sarah Branchi  
Geschäftsträgerin, Außenministerium

### *Berater*

Herr Marc Boisnel  
Gesundheitsberater, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Frau Caroline Collin  
Geschäftsträgerin, Büro für internationale Angelegenheiten, Mission für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Marie-Camille Lenormand  
Geschäftsträgerin, Büro für internationale Angelegenheiten, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## Georgien

### *Repräsentantin*

Frau Mariam Jashi  
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## Griechenland

### *Repräsentantin*

Frau Zoi Makri  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

### *Stellvertreterin*

Frau Athina Kyrlesi  
Generaldirektorin, Öffentliche Gesundheit und Lebensqualität, Gesundheitsministerium

*Beraterin*

Frau Krystallia Vougioklaki  
Administratorin, Gesundheitsministerium

**Irland***Repräsentantinnen*

Dr. Deirdre Mulholland  
Stellvertretende Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

Frau Louise Kenny  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Internationales und Forschung, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterin*

Frau Gabrielle Jacob  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Personalplanung, Amtsführung und Entschädigungen,  
Gesundheitsministerium

**Island***Repräsentantin*

Frau Vilborg Ingolfsdottir  
Generaldirektorin, Abteilung für Qualitätssicherung und Prävention, Wohlfahrtsministerium

*Stellvertreterin*

Frau Dóra Guðrún Guðmundsdóttir  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsdeterminanten, Wohlfahrtsministerium

**Israel***Repräsentanten*

Prof. Ronni Gamzu  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Prof. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Italien

### *Repräsentanten*

Dr. Giuseppe Ruocco  
Generaldirektor für Prävention, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinalbeamter, Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Herr Alberto Bertoni  
Erster Berater für Gesundheitsfragen, Ständige Vertretung Italiens bei den Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

## Kasachstan

### *Repräsentantinnen*

Dr. Salidat Kairbekova  
Gesundheitsministerin

Dr. Gulnara Kulkayeva  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für medizinische Leistungen, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Maksut Kulzhanov  
Stellvertretender Generaldirektor, Staatliches Zentrum für Gesundheitsschutz,  
Gesundheitsministerium

## Kirgisistan

### *Repräsentant*

Dr. Abdimannap Muratov  
Leiter, Abteilung für Bildung, Kultur und Sport

## Kroatien

### *Repräsentanten*

Frau Sibila Žabica  
Beraterin des Ministers zu europäischen Angelegenheiten und internationaler Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

Dr. Krunoslav Capak  
Leiter, Abteilung für Umwelt und Gesundheit, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit

## **Lettland**

### *Repräsentanten*

Dr. Ingrida Circene  
Gesundheitsministerin

Herr Rinalds Mucins  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Frau Agnese Rabovica  
Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und Internationale Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

Frau Liga Serna  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und Internationale  
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Dr. Viesturs Silins  
Direktor, Institut für medizinische Weiterbildung, Universität Lettland

## **Litauen**

### *Repräsentant*

Herr Vytenis Povilas Andriukaitis  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Dr. Kęstutis Miškinis  
Leiter, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Prof. Vilius Jonas Grabauskas  
Kanzler, Medizinische Akademie, Litauische Universität für Gesundheitswissenschaften

Frau Ona Davidonienė  
Direktorin, Staatliches Zentrum für Psychische Gesundheit

Frau Birutė Abraitienė  
Kanzleirätin, Ständige Vertretung Litauens beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen  
Internationalen Organisationen in Genf

Frau Simona Gailiūtė  
Leitende Expertin, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

Frau Agnė Petravičiūtė  
Expertin, Projekt zur Förderung der Vernetzung Litauens in der Europäischen Union,  
Außenministerium

Herr Mindaugas Štelemėkas  
Nachwuchswissenschaftler, Institut für Gesundheitswissenschaften, Universität Litauens

## **Luxemburg**

### *Repräsentanten*

Herr Laurent Jomé  
Erster Regierungsberater, Gesundheitsministerium

Dr. Robert Goerens  
Leitender Arzt, Abteilung für Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion

## **Malta**

### *Repräsentant*

Dr. Ray Busuttil  
Leiter des Gesundheitsschutzes, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Frau Karen Demicoli  
Leiterin, Abteilung Konzeptionelle Entwicklung, Europäische Union und Internationale  
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## **Monaco**

### *Repräsentantinnen*

Frau Carole Lanteri  
Botschafterin, Ständige Vertretung des Fürstentums Monaco bei den Vereinten Nationen und den  
anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Anne Nègre  
Leiterin, Direktion für Gesundheit und Soziales, Abteilung Soziales und Gesundheit

## Montenegro

### *Repräsentantinnen*

Dr. Mira Jovanovski Dašić  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Frau Nataša Terzić  
Stellvertretende Leiterin, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

## Niederlande

### *Repräsentanten*

Herr Herbert Barnard  
Leiter, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Herr Gert-Jan Rietveld  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

### *Stellvertreterinnen*

Frau Jacqueline Steenbergen  
Leitende Politische Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Frau Regine Aalders  
Leitende Politische Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

## Norwegen

### *Repräsentant*

Dr. Bjørn Guldvog  
Medizinaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

### *Stellvertreterin*

Frau Hilde Caroline Sundrehagen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### *Berater*

Dr. John-Arne Røttingen  
Geschäftsführender Generaldirektor, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Frau Tonje Margrethe Borch  
Direktor, Gesundheitsdirektion

Herr Thor Erik Lindgren  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Herr Sverre Berg Lutnæs  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den  
anderen internationalen Organisationen in Genf

Herr Anders Lamark Tysse  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Herr Eivind Berg Weibust  
Berater, Gesundheitsdirektion

## Österreich

### *Repräsentantinnen*

Prof. Pamela Rendi-Wagner  
Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit, Oberste Gesundheitsbeamtin, Bundesministerium für  
Gesundheit

Frau Petra Lehner  
Beraterin für Ernährung, Nahrung, Veterinärwesen und Genmanipulation, Bundesministerium für  
Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Dr. Verena Gregorich-Schega  
Leiterin, Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, WHO,  
Protokollangelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit

### *Beraterinnen*

Frau Aziza Haas  
Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, WHO,  
Protokollangelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit

Frau Ilana Ventura  
Projektkoordinatorin für den gesundheitspolitischen Generaldirektor

## Polen

### *Repräsentantin*

Frau Katarzyna Rutkowska  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Prof. Mirosław Wysocki  
Leiter, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Staatliches Institut für Hygiene

Frau Justyna Tyburska-Malina  
Leitende Sachverständige, Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale  
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Herr Wojciech Gwiazda  
Erster Sekretär, Ständige Vertretung Polens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen  
internationalen Organisationen in Genf

## **Portugal**

### *Repräsentant*

Herr Fernando Leal da Costa  
Stellvertretender Staatssekretär, Persönlicher Referent des Gesundheitsministers,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Herr Francisco George  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Prof. José Pereira Miguel  
Vorsitzender, Exekutivrat des staatlichen Gesundheitsinstituts Doutor Ricardo Jorge

Frau Eva Falção  
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen des Direktorats für Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

## **Republik Moldau**

### *Repräsentant*

Herr Andrei Usatfi  
Gesundheitsminister

## **Rumänien**

### *Repräsentant*

Herr Francisk-Iulian Chiriac  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Frau Roxana Rotocol  
Leiterin, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium



## Russische Föderation

### *Repräsentant*

Herr Sergey Muravyev  
Leiter, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Svetlana Axelrod  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Ministerium für Gesundheit

Herr Pavel Esin  
Leitender Sachverständiger, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und  
Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Prof. Sergei Boitsov  
Leiter, Staatliches Forschungszentrum für Präventivmedizin, Gesundheitsministerium

Frau Natalia Frolova  
Leiterin, Epidemiologieabteilung für infektiöse und parasitäre Krankheiten, Föderale  
Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Frau Elena Lynova  
Leitende Sachverständige, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Gesundheitsministerium

Herr Alexey Kulikov  
Dritter Botschaftssekretär, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei dem Büro der  
Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Albina Melnikova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für epidemiologische Kontrolle, Föderale Aufsichtsbehörde für  
Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Frau Anastasiya Smirnova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für interationale Zusammenarbeit, Föderale Aufsichtsbehörde  
für Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Frau Anna Korotkova  
Stellvertretende Leiterin, Föderales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und  
Informationssysteme, Gesundheitsministerium

Dr. Mark Tseshkovsky  
Abteilungsleiter, Föderales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und  
Informationssysteme, Gesundheitsministerium

Dr. Galina Maslennikova  
Leitender Forscher, Staatliches Forschungszentrum für Präventivmedizin, Gesundheitsministerium

## San Marino

### *Repräsentant*

Dr. Andrea Gualtieri  
Leiter der Gesundheitsbehörde

## Schweden

### *Repräsentant*

Dr. Lars-Erik Holm,  
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter, Staatliche Behörde für Gesundheit und Soziales

### *Stellvertreter*

Frau Anna Halén  
Gesundheitsberaterin, Ständige Vertretung Schwedens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Herr Bosse Pettersson  
Leitender gesundheitspolitischer Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Frau Louise Andersson  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

### *Beraterin*

Frau Ingvor Bjugård  
Leitende Beamtin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

## Schweiz

### *Repräsentantin*

Frau Tania Dussey-Cavassini  
Vizedirektorin, Botschafterin, Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Frau Muriel Peneveyre  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

### *Berater*

Herr Robert Thomson  
Wissenschaftlicher Berater, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Leo Karrer  
Diplomat, Ständige Vertretung der Schweiz bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Frau Noémie Charton  
Diplomatin, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten

## Serbien

### *Repräsentantin*

Prof. Slavica Djukić-Dejanović  
Gesundheitsministerin

### *Stellvertreterin*

Frau Svetlana Vrga  
Sonderberaterin für internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Frau Irena Žnidaršić-Trbojević  
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Herr Dragan Dejanovic  
Gesundheitsministerium

Herr Vukasin Raskovic  
Gesundheitsministerium

## Slowakei

### *Repräsentant*

Prof. Ivan Rovný  
Leitender Beauftragter für öffentliche Gesundheit, Amt für öffentliche Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Frau Elena Jablonická  
Nationale Ansprechperson für die übergeordnete strategische Zusammenarbeit mit der WHO,  
Gesundheitsministerium

## Slowenien

### *Repräsentantin*

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten,  
Gesundheitsministerium

## Spanien

### *Repräsentantin*

Dr. Mercedes Vinuesa Sebastián  
Generaldirektorin, Abteilung Qualität und Innovation im Gesundheitsschutz, Ministerium für  
Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

### *Stellvertreterinnen*

Dr. Karoline Fernández de la Hoz  
Leiterin der Abteilung für die internationale fachliche Koordinierung, Generalsekretärin für  
Gesundheit und Verbraucherschutz, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und  
Chancengleichheit

Frau Isabel Martínez-Acitores  
Koordinatorin, Observatorium für Frauengesundheit, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik  
und Chancengleichheit

### *Beraterinnen*

Frau Isabel Ortega Crespo  
Fachgebietsleiterin, Abteilung für die internationale fachliche Koordinierung, Generalsekretärin für  
Gesundheit und Verbraucherschutz, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und  
Chancengleichheit

Frau Esther Rodríguez Machado  
Leiterin des Dienstes für Internationales, Unterabteilung internationale Beziehungen, Ministerium  
für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

## Tadschikistan

### *Repräsentant*

Herr Salomuddin Isupov  
Leiter, Abteilung für medizinische Ausbildung, Pharmazeutika, Personalpolitik und Wissenschaft,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Dr. Saida Jobirova  
Erste Stellvertretende Gesundheitsministerin

## Tschechische Republik

### *Repräsentant*

Dr. Jarmila Rážová  
Generaldirektor, Gesundheitsschutz und Gesundheitswesen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterinnen*

Frau Martina Parízková  
Referentin, Gesundheitsministerium

Frau Gita Vaščíková  
Referentin, Gesundheitsministerium

**Türkei***Repräsentanten*

Dr. Mehmet Müezzinoğlu  
Gesundheitsminister

Prof. Nihat Tosun  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Herr Agah Kafkas  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Ahmet Gülle  
Berater, Gesundheitsministerium

Dr. Necdet Ünüvar  
Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, Mitglied der Großen Nationalversammlung

Dr. Cevdet Erdöl  
Mitglied der Großen Nationalversammlung

Herr Mustafa Akçaba  
Berater, Gesundheitsministerium

Dr. Hakki Yeşilyurt  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Herr Ö. Faruk Koçak  
Bürgermeister, Stadt Elazığ

Dr. Hüseyin Çelik  
Berater des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Frau Şenay Özgülcü  
Gesundheitsministerium

Prof. Sabahattin Aydın  
Rektor, Medipol-Universität Istanbul

Prof. Turan Buzgan  
Leiter, Gesundheitsbehörde, Gesundheitsministerium

Dr. Öner Güner  
Generaldirektor, Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Prof. Ali Coçkun  
Generaldirektor, Abteilung für Notfallmedizin, Gesundheitsministerium

Prof. Ali Ihsan Dokucu  
Präsident, Amt für öffentliche Krankenhäuser, Gesundheitsministerium

Herr Kamuran Özden  
Generaldirektor/Berater, Gesundheitsministerium

Dr. Mehmet Ali Torunoğlu  
Stellvertretender Leiter, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinliç  
Stellvertretender Leiter, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Prof. Hasan Irmak  
Stellvertretender Leiter, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Dr. Yasin Akar  
Berater, Gesundheitsministerium

Frau Sevim Tezel Aydın  
Beraterin, Gesundheitsministerium

Dr. Bahadır Sucaklı  
Leiter der Abteilung für Frühwarnung, Gegenmaßnahmen und Epidemiologie vor Ort,  
Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Dr. Ahmet Özlü  
Leiter der Abteilung für ansteckende Krankheiten, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Prof. Sibel Örsel  
Leiterin der Abteilung für psychische Gesundheit, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Frau Seher Musaonbaşıoğlu  
Leiterin der Abteilung für Tuberkulose, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerium

Dr. Hasan Gökhun Öncül  
Abteilungsleiter im Direktorat für strategische Entwicklung, Gesundheitsministerium

Dr. Banu Ayar  
Abteilungsleiterin im Direktorat für Gesundheitsforschung Entwicklung, Gesundheitsministerium

Dr. Sema Zergeroğlu  
Abteilungsleiterin im Direktorat für Gesundheitsforschung Entwicklung, Gesundheitsministerium

Dr. Muzaffer Akkoca  
Abteilungsleiter im Direktorat für Notfallmedizin, Gesundheitsministerium

Dr. Selami Kılıç  
Leiter der Abteilung für internationale Beziehungen im Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Seyhan Şen  
Leiter der Abteilung für Beziehungen zu internationalen Organisationen im Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Murat Şimşek  
Generaldirektorat für Notfallmedizin, Gesundheitsministerium

Dr. Songül Doğan  
Generaldirektorat für Gesundheitsforschung, Gesundheitsministerium

Dr. Seda Usubütün  
Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Canan Yılmaz  
Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Herr Azmi Ekmen  
Europaexperte, Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Frau Asude Güler  
Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Yusuf Irmak  
Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Herr Çetin Doğan Dikmen  
Stellvertretender Europaexperte, Generaldirektorat für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Frau Sıdıka Tekeli  
Generaldirektorat für Notfallmedizin, Gesundheitsministerium

Frau Özlem Kural  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung der Türkei bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

## **Turkmenistan**

### *Repräsentant*

Dr. Nurmuhamet Amanepesov  
Minister für Gesundheitswesen und pharmazeutische Industrie

### *Berater*

Dr. Gylychnepes Annanepesov  
Stellvertretender Generaldirektor, Internationales Zentrum für Augenkrankheiten, Administration der internationalen medizinischen Zentren, Ministerium für Gesundheitswesen und pharmazeutische Industrie

Herr Annakerim Annamuradov  
Leitender Sachverständiger, Staatlicher Hygiene- und Epidemiologie-Kontrolldienst, Ministerium für Gesundheit und pharmazeutische Industrie

## **Ukraine**

### *Repräsentanten*

Dr. Raisa Bogatyryova  
Gesundheitsministerin

Herr Mykhailo Statkevych  
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Prof. Mykola Prodanchuk  
Direktor, L.-I.-Medved-Institut für Ökohygiene und Toxikologie

Frau Natalya Nizova  
Leiterin, Staatliches Zentrum für die Aids-Prävention, Gesundheitsministerium

Herr Oleksii Shulga  
Leiter, Protokoll-Abteilung, Gesundheitsministerium

Frau Liudmyla Khariv  
Assistentin der Gesundheitsministerin

Herr Ruslan Deremedved  
Konsul für Wirtschaftsbeziehungen, Generalkonsulat der Ukraine in Istanbul



## Ungarn

### *Repräsentanten*

Dr. Hanna Páva  
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für Humanressourcen

Dr. Árpád Mészáros  
Stellvertretender Abteilungsleiter, Ministerium für Humanressourcen

## Usbekistan

### *Repräsentant*

Dr. Anvar Alimov  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Dr. Abdunomon Sidikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

### *Repräsentanten*

Prof. Freifrau Sally Davies  
Leitende Medizinalbeamtin und leitende wissenschaftliche Beraterin, Gesundheitsministerium

Frau Kathryn Tyson  
Leiterin, Abteilung für internationale Gesundheit und Leistung des Gesundheitswesens,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Herr Matthew Harpur  
Leiter des Teams für die Europäische Union und multilaterale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

Herr Mark Rush  
Zweiter Sekretär, Bereich globale Gesundheit und Umwelt, Ständige Vertretung des Vereinigte  
Königreich von Großbritannien und Nordirland bei den Vereinten Nationen und anderen  
internationalen Organisationen in Genf.

### *Beraterin*

Frau Nicolette Shipton-Yates  
Politische Referentin, Globale Gesundheit, Gesundheitsministerium

## Zypern

### *Repräsentanten*

Dr. Petros Petridis  
Gesundheitsminister

Dr. Olga Kalakouta  
Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Dr. Demetris Efthymiou  
Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

## **II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa**

### *Vereinigte Staaten von Amerika*

Dr. Nils Daulaire  
Beigeordneter Sekretär für globale Angelegenheiten, Vertreter der Vereinigten Staaten im Exekutivrat der WHO, Ministerium für Gesundheit und Humandienste

Herr Colin McIff  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen internationalen Organisationen, Genf

## **III. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen**

### *Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen*

Herr Mustapha Sinaceur  
Repräsentant für die Türkei und subregionaler Koordinator für Zentralasien

### *Internationale Atomenergie-Organisation*

Frau Marion Pineros-Petersen  
Krebsexpertin, Aktionsprogramm für Krebstherapien

### *Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen*

Frau Marie-Pierre Poirier  
Regionaldirektorin für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten

Dr. Octavian Bivol  
Regionalbeauftragter, Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

*Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa*

Frau Brinda Wachs  
Referentin für Umweltfragen

*Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen*

Herr Werner Haug  
Regionaldirektor für Osteuropa und Zentralasien

Frau Marta Diavolova  
Regionalbeauftragte

*Weltorganisation für Meteorologie*

Herr Davut Öztürk  
Stellvertretender Regionaldirektor, Izmir

#### **IV. Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**

*Europäische Union*

Dr. Isabel De la Mata Barrango  
Dr. Canice Nolan  
Frau Lourdes Chamorro  
Dr. Marc Sprenger  
Dr. Maarit Kokki

*Europarat*

Frau Mehri Gafar-Zada

#### **V. Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten**

*Alzheimer's Disease International*

Herr Jean Georges  
Herr Marc Wortmann

*Bündnis für das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs*

Elif Dağlı

*Internationale Allianz der Patientenorganisationen*

Frau Jolanta Bilinska  
Frau Neda Milevska Kostova

*Internationale Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe*

Dr. Fusun Çetin Çuhadroğlu

*Internationales Büro für Epilepsie*

Herr Michael Alexa

*Internationaler Hebammenverband*

Frau Mary Higgins

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Dr. Saadet Ülker

*Internationale Diabetes-Föderation*

Prof. Sehnaz Karadeniz

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Dr. Miguel Jose Cabral de Pinho

Herr Christopher Schürmann

Herr Halit Onur Yapici

Herr Semih Kucukcankurtaran

Herr Thilo Rattay

Herr Hilmican Ulman

*Internationale Rückenmarksgesellschaft*

Herr Sergio Aito

*Internationale Föderation der Geschäftsfrauen und Expertinnen*

Dr. Luisa Monini

*Internationale Gesellschaft für physikalische Therapie und Rehabilitation*

Herr Boya Nugraha

*Union für internationale Krebsbekämpfung*

Prof. Tezer Kutluk

*Weltverband der Pathologie- und Labormedizingesellschaften*

Dr. Gamze Mocan Kuzey

*Weltverband der Akupunktur- und Moxibustiongesellschaften*

Dr. Rinaldo Rinaldi

*Weltverband der Chiropraktiker*

Dr. Mustafa H. Agaoglu

*Weltverband der ErgotherapeutInnen*

Dr. Samantha Shann

*Weltärztebund*

Frau Elif Keles

Dr. Ahmet Murt

## **VI. Beobachter**

*Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region*

Prof. Anders Foldspang

*Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte*

Frau Birgit Beger

Dr. Katrin Fjeldsted

*Europäisches Zentrum für Umwelt und Humangesundheit*

Herr George Morris

*Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Frau Unni Hembre

*Europäisches Forum für die primäre Gesundheitsversorgung*

Dr. Mehmet Akman

*European Health Forum Gastein*

Frau Dorli Kahr-Gottlieb

*European Respiratory Society*

Frau Maeve Barry

*Europäische Gesellschaft für Kardiologie*

Frau Sophie O'Kelly

*GAVI-Allianz Sekretariat*

Herr Stephen Sosler

Frau Nilgun Aydogan

Herr Santiago Cornejo

*Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*

Herr Nicolas Cantau

*Internationales Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen*

Herr Thor Bern Jensen

*Stadt Bukarest*

Dr. Tania Rădulescu

*TB Europe Coalition*

Herr Timur Abdullaev

*Türkischer Verband der Pflegekräfte*

Frau Hulya Ikumus

Herr Güberen Kocornan

*Weltgesundheitsgipfel*

Dr. Mathias Bonk

*Gäste und Berater auf Zeit*

Prof. Róza Ádány  
Prof. Mark Bellis  
Prof. Otto Cars  
Prof. Peter Goldblatt  
Prof. Ilona Kickbusch  
Dr. Mihály Kókény  
Prof. Sir Michael Marmot  
Prof. Martin McKee  
Herr Alexander Nies  
Ihre Exzellenz Frau Sandra Roelofs  
Dr. Mirta Noemi Roses  
Herr Mustafa Toprak  
Herr Aziz Kocaoglu  
Frau Inci Sezer Becel  
Herr Şahin Aslan  
Herr Ergüder Can  
Herr Selim Tokmak

## Anhang 4. Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa

Herr Präsident, Exzellenzen, sehr geehrte Damen und Herren Minister, Delegierte, Vertreterinnen und Vertreter von Partnerorganisationen, meine Damen und Herren!

Es ist mir ein außerordentliches Vergnügen, Sie hier zur 63. Tagung des Regionalkomitees für Europa begrüßen zu dürfen. Und es ist eine wirkliche Ehre und ein Privileg, zum vierten Mal auf einer Tagung des Regionalkomitees zu Ihnen sprechen und Ihnen über die Erfolge und Fortschritte seit unserer letzten Zusammenkunft Bericht erstatten zu können.

Bevor ich fortfahre, möchte ich die Gelegenheit nutzen, jedem von ihnen einzeln zu danken. Ich bin Ihnen dankbar für den kooperativen Geist, den Sie in unsere Zusammenarbeit eingebracht haben. In den vergangenen drei Jahren hat es eine Vielzahl von Veränderungen auf dem Weg zu mehr Gesundheit in unserer Europäischen Region gegeben. Veränderungen erfordern Mut, und zu diesem Mut möchte ich Ihnen gratulieren.

2010 habe ich einen auf fünf Jahre angelegten Plan für die Europäische Region vorgelegt, durch den eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation erreicht und bestehende Ungleichheiten abgebaut werden sollen. Er wurde damals mit Ihrer Unterstützung vom Regionalkomitee angenommen. Wir vereinbarten danach einen Fahrplan mit konkreten Meilensteinen, um dem WHO-Regionalbüro für Europa eine Reaktion auf die allmähliche Veränderung der Rahmenbedingungen zu ermöglichen und seine Position weiter zu stärken: als ein auf der Grundlage von Evidenz arbeitendes Kompetenzzentrum für Gesundheitspolitik und Fragen der öffentlichen Gesundheit, das den Anforderungen der heterogenen Europäischen Region mit ihren Mitgliedstaaten besser gerecht wird.

In den vergangenen drei Jahren haben wir gemeinsam unseren konzeptionellen Kurs bestimmt und eine Reihe wichtiger Strategien und Aktionspläne ausgearbeitet und vereinbart. Aber am wichtigsten war es, dass Sie, das Regionalkomitee, „Gesundheit 2020“ als einem Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden zugestimmt haben. Dies geschah nicht zuletzt im Hinblick auf die Reformen in der WHO genau zum richtigen Zeitpunkt. Wie von mir versprochen, richten wir nun unseren Schwerpunkt auf die Umsetzung in die Praxis – in einem gemeinsamen Vorgehen mit den Mitgliedstaaten und Partnern, das darauf abzielt, etwas zugunsten der Gesundheit zu bewegen.

Drei Jahre, nachdem Sie sich hinter meinen Plan gestellt haben, ist es mir eine Ehre, Ihnen berichten zu können, dass die Arbeit in allen Bereichen entweder abgeschlossen oder zumindest sehr weit fortgeschritten ist. Dort, wo sie noch nicht abgeschlossen ist, liegt dies daran, dass wir noch auf das endgültige Ergebnis des Reformprozesses warten.

Heute möchte ich mich primär auf eine Reihe ausgewählter vorrangiger Bereiche konzentrieren und Ihnen dabei einen Überblick über Auswirkungen und erste Ergebnisse geben.

Auch wenn „Gesundheit 2020“ eine Initiative unserer Region war, so war sie doch eng mit der Reform der WHO verknüpft und angesichts der Herausforderungen auf globaler Ebene und in der Region, die wir alle bewältigen müssen, auch notwendig.

Hier zeigt sich, wie Maßnahmen, die auf das gesamte Spektrum der Gesundheitsdeterminanten abzielen, zu breiterem Nutzen für die Gesellschaft führen: in sozialer wie ökonomischer Hinsicht.

Zur Erinnerung: In „Gesundheit 2020“ werden zwei strategische Hauptziele und vier vorrangige Handlungsfelder genannt, nach denen mein Vortrag gegliedert ist.

Die vergangenen zwölf Monate seit der Annahme von „Gesundheit 2020“ in Malta waren voller aufregender Fortschritte und Entwicklungen. Wir haben die Energie und das Engagement unserer Organisation gezielt zu seiner Verwirklichung eingesetzt. Dies war eine systematische Anstrengung mit dem klaren Ziel, in der gesamten Europäischen Region auf verschiedenen nationalen und internationalen Foren Bewusstsein zu schaffen, und wir haben „Gesundheit 2020“ und die ihm zugrunde liegenden evidenzbasierten Studien auf zahlreichen renommierten Veranstaltungen präsentiert.

Ich bin hoch erfreut, dass die beiden veröffentlichten Dokumente dem Regionalkomitee nun in allen Arbeitssprachen vorliegen. Außerdem haben wir die maßgeblichen Grundsatzstudien abgeschlossen und erweitert. Deshalb danke ich Herrn Prof. Sir Michael Marmot dafür, dass er mit so viel Geschick die Studie über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region zu einem erfolgreichen Abschluss geführt hat. Wir werden seinen Abschlussbericht hier während des Regionalkomitees präsentieren und ihn auch heute während des Mittagessens für die Minister erörtern. Wir haben auch einen Begleitband zum Thema Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert veröffentlicht, der aus einer Studie unter Leitung von Frau Prof. Ilona Kickbusch hervorgegangen ist und der praktische Empfehlungen und ein breites Spektrum von Beispielen partizipatorischer Politikgestaltung aus unserer gesamten Region und darüber hinaus enthält. Die Veröffentlichung einer gemeinsamen Studie der WHO und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) über die ökonomischen Argumente für gezieltes Handeln im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist im späteren Verlauf des Jahres geplant.

Zahlreiche Länder in allen Teilen der Region haben bereits Initiativen ergriffen, um ihre nationalen Gesundheitskonzepte in Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ weiterzuentwickeln. Ich bin zuversichtlich, dass dieser Prozess weiter entsprechend den Gegebenheiten und Erfordernissen in Ihren Ländern fortgesetzt wird und dass wir dadurch wirklich etwas bewegen. Wir haben Sie darin unterstützt, die in „Gesundheit 2020“ propagierten Ansätze anzupassen, und ich möchte Ihnen versichern, dass wir Ihnen auch in Zukunft unsere volle Unterstützung zukommen lassen werden.

Wir erstellen gegenwärtig ein Paket aus Instrumenten und Materialien zur Unterstützung der Mitgliedstaaten und stellen auch webgestützte Informationsinstrumente zur Verfügung. Es enthält neun miteinander verknüpfte Komponenten, über die sie morgen mehr erfahren werden.

Beim Regionalbüro haben wir alle Aspekte unserer Arbeit aus der Perspektive von „Gesundheit 2020“ betrachtet und beziehen seine strategischen Prioritäten in den operativen Planungsprozess für den Zeitraum 2014–2015 ein. In der Zwischenzeit haben wir auch unsere Kapazität zur Unterstützung der Umsetzung von Gesundheit 2020 verstärkt und ich habe die Abteilung für Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden geschaffen, zu der unser ausgelagertes Fachzentrum in Venedig für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung in Venedig gehört.



Angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren für die Gesundheit sowie der Tatsache, dass umgekehrt Gesundheit so viele Bereiche des menschlichen Lebens beeinflusst, können Fortschritte nur durch gesamtgesellschaftliche und gesamtstaatliche Anstrengungen erzielt werden. Daher kann jeder – vom Regierungschef über die Zivilgesellschaft bis hin zu den einzelnen Bürgern – zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ beitragen. Wie im Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit erläutert wird, sind gesundheitliche Defizite oft die Folge der sozialen, ökonomischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen in einer Gesellschaft und machen ein Vorgehen erforderlich, bei dem der gesamte Lebensverlauf ins Visier genommen wird.

Mit Blick auf den Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit möchte ich die hervorragende Arbeit unseres in Venedig angesiedelten Fachzentrums für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung sowie dessen Unterstützung durch die italienische Regierung würdigen.

2012 haben Sie den sechs übergeordneten Zielen zugestimmt und uns gebeten, einen Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ zu entwickeln.

Wir haben einen intensiven Konsultationsprozess hinter uns. Die vollständige Liste der Indikatoren wird Ihnen morgen vorgelegt. Lassen Sie mich betonen, dass das Regionalbüro hierbei Neuland betreten hat, indem es in „Gesundheit 2020“ das Konzept Wohlbefinden mit aufgenommen hat. Um für die Europäische Region ein Ziel für Wohlbefinden durch relevante Indikatoren quantifizieren zu können, haben wir die Entwicklung eines gemeinsamen konzeptionellen Ansatzes in die Wege geleitet, der aussagekräftige Messungen erlauben und für die Politikgestaltung nützliche Informationen liefern soll. Sie sind allesamt im Europäischen Gesundheitsbericht 2012 näher ausgeführt, und ich möchte an dieser Stelle Polen für die Ausrichtung einer Veranstaltung zur Vorstellung des Berichts im März dieses Jahres danken.

Ein wesentlicher Bestandteil der Bemühungen des Regionalbüros ist ein Lebensverlaufansatz mit inhaltlichen Schwerpunkten auf Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsqualität.

Seit 1990 ist die Müttersterblichkeit in der Europäischen Region der WHO um 54% zurückgegangen und ist jetzt die niedrigste von allen WHO-Regionen. Dennoch liegen in der Europäischen Region das höchste und das niedrigste Sterberisiko aufgrund von Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt um den Faktor 40 auseinander. Das Risiko ist davon abhängig, wo die Frau lebt und gesundheitlich versorgt wird.

Wir arbeiten gezielt auf die Verbesserung des Zugangs zu einer hochwertigen primären Gesundheitsversorgung für Schwangere, Mütter und Neugeborene hin. Deshalb möchte ich der Russischen Föderation für die Unterstützung bei der Verwirklichung dieser Ziele insbesondere in den Ländern Osteuropas und Zentralasiens danken. Die Unterstützung der Länder beim Abbau dieser Ungleichgewichte ist eine unserer Prioritäten, und dank des starken Engagements der Ministerien erleben wir bereits erste Anzeichen von Verbesserungen in der Versorgung der Mütter aufgrund der gemachten Erfahrungen.

Zu unseren Prioritäten gehört auch ein gleicher Zugang für Kinder und Jugendliche zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. So haben wir unsere Bemühungen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung intensiviert, insbesondere in Zentralasien. Erste Früchte sind bereits

erkennbar: kürzere Krankenhausaufenthalte, weniger ungerechtfertigte Einweisungen, wesentlich weniger überflüssige Injektionen und dadurch Einsparung von Krankenhauskosten.

Unser jüngster Bericht im Rahmen der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC), der den Titel Soziale Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen trägt, hat in diesem Jahr eine Auszeichnung der British Medical Association erhalten.

Wir möchten Ihnen gerne auf der nächsten Tagung des Regionalkomitees einen Fortschrittsbericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorlegen, der unsere Vorschläge zur Erneuerung unseres Engagements im Einklang mit „Gesundheit 2020“ enthält.

Wir haben unsere Arbeit im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks für den Austausch bewährter Praktiken und die Bereitstellung von Empfehlungen an die Politik für altersgerechte Umfelder ausgeweitet. Im Anschluss an das Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (2012) wird diese Arbeit nun durch ein wichtiges Projekt der Europäischen Kommission unterstützt und dies stellt ein wichtiges Etappenziel für die Umsetzung von Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in Europa dar.

„Gesundheit 2020“ legt einen Schwerpunkt auf eine Reihe miteinander verzahnter Strategien und Interventionen zur Bewältigung der großen gesundheitlichen Herausforderungen in der Region. Diese zielen sowohl auf nichtübertragbare als auch auf übertragbare Krankheiten ab. Lassen Sie mich mit den nichtübertragbaren Krankheiten beginnen.

Die Weltgesundheitsversammlung 2013 hat die Versprechen der vergangenen beiden Jahre eingelöst: Wir haben jetzt einen neuen globalen Aktionsplan der WHO gegen nichtübertragbare Krankheiten. Der im vergangenen November unter dem Vorsitz Norwegens entwickelte globale Kontrollrahmen wurde einstimmig gebilligt. Deshalb können wir uns selbst zur Vorreiterrolle unserer Region in Bezug auf diese globale Agenda beglückwünschen

Wir können auch voller Zuversicht in die Zukunft blicken. Wie aus dieser Grafik hervorgeht, ist es uns in der Europäischen Region im vergangenen Jahrzehnt gelungen, in Bezug auf die Epidemie der Kreislauferkrankungen eine Trendwende herbeizuführen. Diese sind jetzt in allen Teilen der Region stetig rückläufig, und wir sollten zum Zieldatum 2020 für die Europäische Region bzw. 2025 für die Welt imstande sein, einen erheblichen Rückgang in Ost wie West zu vermelden.

Dennoch werden nach derzeitigem Stand auch 2025 noch die Menschen im mittleren und östlichen Teil unserer Region ein sechsfach höheres Risiko tragen, an Herzkrankheit oder Schlaganfall zu sterben, als die Menschen in Westeuropa.

Daher müssen wir unsere Bemühungen um Verbesserungen noch verstärken. So haben wir die Europäische Region anlässlich des Weltgesundheitstages 2013 an die Gefahren durch erhöhten Blutdruck erinnert. Wir haben die Bemühungen der Länder im Kampf gegen den Bluthochdruck und eine seiner wichtigsten Ursachen, die Salzaufnahme, kartiert. Mit Unterstützung der Russischen Föderation haben wir in vielen Ländern ein Programm zur Verstärkung von Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten begonnen, unter anderem mit Maßnahmen wie unterstützenden Befragungen und ressortübergreifenden Politikgestaltungskonzepten.

Wir haben ein Instrument entwickelt, mit dem Barrieren wie Chancen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Gesundheitssystemen bewertet werden können und es für intensive Einschätzungen in Ungarn, Kirgisistan, der Republik Moldau, der Türkei und Tadschikistan genutzt. Diese Erfahrungen werden ebenso wie die Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und die Herausforderungen, vor denen Europa im kommenden Jahrzehnt stehen wird, zentraler Gegenstand der ersten Europäischen Ministerkonferenz zum Thema nichtübertragbare Krankheiten sein. Ich möchte Turkmenistan dafür danken, dass es diese Konferenz im Dezember dieses Jahres in Aschgabat ausrichten wird.

Der Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums bietet einen geeigneten Rahmen für wirksame Grundsatzoptionen. Bislang haben 37 Länder nationale oder subnationale Alkoholkonzepte ausgearbeitet und zehn weitere sind noch im Begriff dies zu tun.

Wir haben in allen 53 Mitgliedstaaten Alkoholkonsum, Folgeschäden und Handlungskonzepte untersucht und in 35 Ländern der Europäischen Region einen Sachstandsbericht für 2013 über Alkohol und Gesundheit veröffentlicht. Der Alkoholkonsum der Erwachsenen ist in der Europäischen Region insgesamt in den vergangenen 20 Jahren markant zurückgegangen. Doch auch wenn insgesamt eine Abnahme im westlichen und mittleren Teil der Region sowie ein deutlicher Rückgang in Südeuropa zu verzeichnen sind, so zeigt doch der Trend im Osten der Region nach oben.

Die Maßnahmen gegen den Tabakkonsum haben zu greifbaren Resultaten geführt. Nachdem nun auch Tadschikistan Vertragsstaat des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geworden ist, muss dieses nur noch von drei Mitgliedstaaten aus der Region ratifiziert werden. Die Russische Föderation hat ein weit reichendes Gesetz zur Eindämmung des Tabakkonsums angenommen. Die Ukraine ist rauchfrei geworden und hat Tabakwerbung verboten. Kasachstan ist auf dem Gebiet der visuellen Abschreckung zu einem Vorreiter avanciert und hat die drastischsten bildlichen Warnhinweise eingeführt. Irland schreibt nun Standardverpackungen für Tabakerzeugnisse vor.

Politisches Handeln führt also zu greifbaren Ergebnissen. In der Türkei wurde zwischen 2008 und 2012 ein Rückgang der Prävalenz rauchender Erwachsener um 4% verzeichnet, was ein gutes Vorzeichen für das Erreichen der globalen Ziele durch die Region sein könnte, falls andere Länder es der Türkei nachmachen.

Die aktuelle Debatte über die Richtlinie der Europäischen Union für Tabakerzeugnisse bringt auch ein enormes Potenzial für eine stärkere Eindämmung des Tabakkonsums in der Europäischen Region mit sich. Die WHO hat fachliche und politische Unterstützung für die geplante Richtlinie zugesagt. Doch wir dürfen uns auf unseren Erfolgen nicht ausruhen. Die Tabakindustrie betreibt mit ihrer Politik eine Eskalation, und ich möchte alle Delegationen hier dringend dazu auffordern, dieser mächtigen Lobbygruppe gegenüber Stärke zu zeigen.

Wir werden die Umsetzung des Rahmenübereinkommens morgen während des Mittagessens der Minister erörtern, und an dieser Stelle möchte ich Herrn Dr. Haik Nikogosian als Vorsitzenden des Sekretariats des Rahmenübereinkommens willkommen heißen.

Im Bereich von Ernährung und Adipositas haben wir in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte erzielt.

Sie haben mit großem Erfolg Kontroll- und Überwachungssysteme eingerichtet und ausgebaut, die für die Politikgestaltung von entscheidender Bedeutung sind. Die konzeptionelle Entwicklung in den Ländern war beachtlich: 49 Mitgliedstaaten haben nationale Konzepte entwickelt oder aktualisiert, und mehrere Länder haben sie eingehend ausgewertet.

Dennoch sind die negativen Auswirkungen ungesunder Ernährung und fehlender Bewegung, insbesondere im Form von Adipositas bei Kindern, beträchtlich und nehmen in den Ländern der Europäischen Region noch zu.

Die von der Regierung Österreichs ausgerichtete Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 war ein enormer Erfolg: Die 48 anwesenden Mitgliedstaaten billigten die Erklärung von Wien, die einen Meilenstein für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region darstellt. Sie haben sich bereit erklärt, koordinierte Maßnahmen zu ergreifen und so wirksam gegen ungesunde Ernährung, Adipositas, Fehlernährung und Bewegungsmangel vorzugehen.

Das Regionalkomitee wird die Erklärung von Wien und die darin vorgeschlagenen Maßnahmen noch im Einzelnen erörtern.

Im Bereich der übertragbaren Krankheiten möchte ich kurz auf die noch zu erledigenden Aufgaben zu sprechen kommen.

Mit Hilfe Ihres Engagements haben wir erhebliche Fortschritte in der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region erzielt. Ein einheitliches und koordiniertes Netz für die epidemiologische Überwachung ist Voraussetzung für die Bereitstellung regionspezifischer Daten. Gemeinsam mit unseren Partnern haben wir die Beobachtung des Gebrauchs von Antibiotika in 17 Mitgliedstaaten außerhalb der EU unterstützt; 12 von ihnen sind inzwischen bereit, diese Daten erstmals zu veröffentlichen. Durch eine Partnerschaft mit dem niederländischen Institut für Bevölkerungsgesundheit und Umwelt (RIVM) und der Europäischen Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID) haben wir ein neues Netz für die Überwachung antimikrobieller Resistenzen in den Ländern außerhalb der EU geschaffen. Dieses Netz ergänzt die hervorragende epidemiologische Überwachung innerhalb der EU-Länder. Wir haben auch Länder darin unterstützt, ihre ressortübergreifende Koordination und ihre Kapazitäten zur epidemiologischen Überwachung auszudehnen.

Dank der guten Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) haben wir den Europäischen Antibiotikatag auch in die Länder außerhalb der EU getragen. Hier möchte ich Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark herzlich für ihre Unterstützung danken.

Die Maßnahmen zur Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR-/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO tragen schon erste Früchte; Einzelheiten hierzu finden Sie im dazu gehörigen Fortschrittsbericht.

Dies wurde nur durch die substanzielle Unterstützung von Partnern wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der Europäischen Kommission und dem ECDC möglich. In den vergangenen zwei Jahren haben Bedienstete der WHO in diesem Zusammenhang insgesamt 71 Dienstreisen in 23 Mitgliedstaaten durchgeführt und neun nationale Programme einer eingehenden Prüfung unterzogen. Ich habe mit Ihnen und vielen Staatschefs die Bedeutung eines Gesundheitssystem-Ansatzes zur Bekämpfung der Tuberkulose erörtert.

Die Länder haben ihre Kapazitäten zur Aufdeckung der MDR-Tb ausgeweitet, sodass inzwischen über die Hälfte aller geschätzten Fälle in unserer Region aufgedeckt werden. Die Aufnahme einer Behandlung stieg 2012 auf 96% aller Fälle an. Allerdings sind die Behandlungserfolge mit Erfolgsquoten zwischen 18% und 80% stark schwankend. Deshalb arbeiten wir jetzt mit den Mitgliedstaaten und dem Globalen Fonds daran, die verbleibenden Lücken zu schließen.

Ich möchte Sie dazu einladen, die Sammlung bewährter Praktiken im Ausstellungsbereich zu besuchen.

Als Reaktion auf die steigende Zahl von Menschen in der Europäischen Region, die mit HIV leben, setzen wir den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids um.

2011 stieg in der Europäischen Region die Zahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten, auf 600 000 an, doch ist diese Entwicklung angesichts der ca. 1,5 Mio. Fälle von HIV-Infektion nicht ausreichend.

Zwei zentrale Initiativen werden helfen, unsere Verpflichtungen weiter umzusetzen. Die neuen Konsolidierten Leitlinien der WHO für die Verwendung antiretroviraler Medikamente zur Behandlung bzw. Prävention von HIV-Infektionen bieten einen gesundheitspolitischen Ansatz zur Ausweitung der Behandlung und Eindämmung der Übertragung. Wir werden hierzu im Oktober eine Fachkonsultation für die Länder der Region veranstalten und danken der Türkei dafür, dass sie sich zu deren Ausrichtung bereit erklärt hat.

Dank einer Partnerschaft mit dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) sowie dem UNICEF und dem UNFPA sind wir auch in der Lage, gezielt auf die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV sowie der kongenitalen Syphilis aus der Region hinzuarbeiten.

Ausbrüche von Masern und Röteln dauerten in den Jahren 2012 und 2013 in mehreren Ländern an und gefährden damit das Ziel der Europäischen Region, diese beiden Krankheiten bis 2015 zu eliminieren. Vor allem aus diesem Grund legen wir Ihnen ein Paket von beschleunigten Maßnahmen vor und rufen zu einem stärkeren Engagement zur Eliminierung dieser Krankheiten auf. Ich sehe der Diskussion zu diesem Thema am Mittwoch mit Erwartung entgegen.

Gestatten Sie mir nun, Ihnen einen Lagebericht zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei zu geben, wie vom Regionalkomitee im Jahr 2010 gewünscht. Auf ihrer jährlichen Tagung im Mai hat die Regionale Zertifizierungskommission die Mitgliedstaaten genannt, für die im Falle einer Einschleppung des Poliovirus ein hohes Übertragungsrisiko besteht, und deshalb Wachsamkeit angemahnt. Sie tat dies aus gutem Grund. Denn 2010 wurde die Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei durch einen größeren Ausbruch gefährdet, und

die Einschleppung des Poliowildvirus in die Region hat uns erst in jüngster Zeit vor Augen geführt, dass wir auf der Hut sein müssen.

Israel hat in den vergangenen 25 Jahren eine systematische Umweltüberwachung durchgeführt und im Laufe dieses Jahres Poliowildviren vom Typ 1 entdeckt, die den in Ägypten und Pakistan gefundenen sehr ähnlich waren. Dies deutet darauf hin, dass das Virus in Israel zirkuliert. Allerdings möchte ich hervorheben, dass es bisher dank des sehr hohen Durchimpfungsgrades in Israel keine Fälle von paralytischer Poliomyelitis gegeben hat.

Denn aufgrund seiner vorbildlichen Praxis in den Bereichen Surveillance und Meldewesen konnte Israel wirksame Gegenmaßnahmen einleiten, indem es zusätzliche Impfmaßnahmen durchführte, um die Übertragung zu unterbrechen und Erkrankungsfälle sowie ein Übergreifen auf andere Länder zu verhindern. Wir stehen seit Mai in ständigem Kontakt mit den zuständigen Behörden in Israel, um ihre Untersuchungen und Gegenmaßnahmen unterstützen zu können. Die Einführung eines bivalenten oralen Polioimpfstoffs (OPV) und die Impfung von fast 800 000 Kindern seit Mitte August stellen einen überragenden Erfolg dar. So möchte ich der Gesundheitsministerin, dem Generaldirektor für Gesundheit und dem Ministerpräsidenten dafür danken, dass sie hier entschlossen gehandelt und sich persönlich in die Kampagne eingeschaltet haben.

Die Zertifizierungskommission wird im kommenden Monat zusammentreten, um über die Ergebnisse der israelischen Maßnahmen zur Unterbrechung der Übertragung und über die Gefährdung der Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei zu beraten.

Eine hohe Durchimpfung auf nationaler und subnationaler Ebene im Verbund mit einer leistungsfähigen Surveillance ist der Schlüssel zur Erfüllung von Zielvorgaben in der Krankheitsbekämpfung. Ein entschlossenes Engagement der Politik ist nun nicht mehr eine Option, sondern eine unabdingbare Voraussetzung. Wir bei der WHO sind fest entschlossen, unseren Beitrag hierzu zu leisten. So werden wir Sie am Donnerstag, bei der Behandlung des Tagesordnungspunktes „Angelegenheiten“, in Bezug auf die Gestaltung des Europäischen Aktionsplans für Impfstoffe, der sich an den Zielen des Globalen Aktionsplans für Impfstoffe und von „Gesundheit 2020“ orientiert, um Ihre Stellungnahme und Ihren Rat bitten.

Ferner möchte ich noch kurz erwähnen, dass die Europäische Impfwoche, an der sich alle 53 Mitgliedstaaten beteiligten, auch in diesem Jahr wieder ein Erfolg war.

Die Fortschritte bei der Eliminierung der Malaria sind ermutigend: 2012 gab es nur 253 Fälle. Die Europäische Region könnte zur ersten WHO-Region werden, die den Eliminierungsprozess erfolgreich abschließt.

Andererseits geben wieder auftretende Krankheiten wie Dengue-Fieber und Chikungunya zunehmend Grund zur Besorgnis für die Europäische Region. Die Aktivität von Überträgermücken ist ein wachsendes Problem, zu dem vor allem die Globalisierung des Reiseverkehrs und des Handels, aber auch die Urbanisierung und der Klimawandel beitragen. Wie im vergangenen Jahr vom Regionalkomitee gewünscht, haben wir in Zusammenarbeit mit Ihnen, dem ECDC und der European Mosquito Control Association (EMCA) einen Handlungsrahmen für die Europäische Region entwickelt, der am Dienstag zur Beratung ansteht.

Die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und die Schaffung bürgernaher Gesundheitssysteme – einschließlich eines angemessenen Personalangebots sowie einer entsprechenden Gesundheitsfinanzierung und erweiterter Politiksteuerung – sind zentrale Schwerpunktbereiche von „Gesundheit 2020“. Im Bereich der Gesundheitsforschung möchte ich dem Europäischen Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) – und namentlich seinem Vorsitzenden, Prof. Tomris Turmen, der hier heute durch seine Stellvertreterin Dr. Laura Rosen und den scheidenden Vorsitzenden Prof. Martin McKee vertreten wird – dafür danken, dass sie die Forschung auf dem Gebiet der internationalen Gesundheitspolitik unterstützt und koordiniert haben.

Allgemeine Gesundheitsversorgung bedeutet, dass alle Menschen Zugang zu den benötigten hochwertigen Gesundheitsleistungen (Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation) haben und dabei auch mit ihren Familien vor finanziellen Härten geschützt werden. Sie ist für die gesamte Europäische Region von Bedeutung, denn die von der Wirtschaftskrise betroffenen Länder müssen den Zugang zu den benötigten Leistungen aufrechterhalten. In den Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region wächst der politische Wille zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung gehört auch zu meinen Prioritäten, und ich bin entschlossen, in den nächsten Jahren unsere Unterstützung für ihre Verwirklichung bzw. Aufrechterhaltung zu verstärken.

In den verbleibenden Monaten dieses Jahres stehen noch zwei bedeutende Ereignisse auf dem Programm, die mit der Stärkung der Gesundheitssysteme zu tun haben.

Erstens haben wir dank der freundlichen Einladung Estlands die Gelegenheit, fünf Jahre nach der Annahme der Charta von Tallinn auf einer hochrangigen Tagung im Oktober eine Zwischenbilanz ihrer Umsetzung zu ziehen. Dort werden wir aufschlussreiche Fallbeispiele für die Stärkung von Gesundheitssystemen austauschen und uns auf eine künftige Stoßrichtung zur Erfüllung unserer Verpflichtungen im Rahmen von „Gesundheit 2020“ einigen.

Zweitens werden wir im November den 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung begehen. Daher arbeiten wir in enger Abstimmung mit Kasachstan auf die Vorbereitung einer Tagung hin, auf der wir den Stand der primären Gesundheitsversorgung in den Ländern der Region wie auch das weitere Vorgehen bei der Eingliederung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen erläutern wollen.

Es gibt zwingende Argumente dafür, vorbeugend tätig zu werden und Maßnahmen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung und andere grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen sowie die Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten in die Gesundheitssysteme zu integrieren, wie dies im vergangenen Jahr vom Regionalkomitee gewünscht wurde.

Zusammen mit den Mitgliedstaaten sind wir entschlossen für wirksame Grundsatzentscheidungen eingetreten, die auf eine Verringerung der negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf gesundheitliche Resultate und Chancengleichheit abzielen. Das für die Stärkung von Gesundheitssystemen zuständige Büro der WHO in Barcelona treibt eben diese Arbeit voran. Dafür möchte ich den Mitarbeitern danken, ebenso Spanien für die Unterstützung dieser Bemühungen.

Vier Jahre nach der ersten Tagung zu dieser Thematik fand unsere Arbeit auf diesem Gebiet ihren Höhepunkt im April auf einer Konferenz in Oslo zum Thema Gesundheitssysteme und die Wirtschaftskrise, zu der Norwegen freundlicherweise eingeladen hatte. An der Konferenz nahmen Vertreter von Gesundheits- und Finanzpolitik teil, die sich auf ein Ergebnisdokument einigten, über das Sie am Dienstag näher informiert werden. An dieser Stelle möchte ich lediglich den Tenor unter den Teilnehmern hervorheben, dass Regierungen und Gesundheitsministerien trotz Sparzwängen noch über eine gewisse Wahlfreiheit verfügen und so ein besonderes Augenmerk auf Bereiche und Leistungen richten können, die sich positiv auf Wirtschaftswachstum und Chancengleichheit auswirken.

Neben unserer Arbeit zur Gewinnung von Evidenz streben wir auch eine Stärkung der Kompetenz politischer Entscheidungsträger an. So wurde unsere jährlich in Barcelona stattfindende Schulung zum Thema Gesundheitsfinanzierung in sämtlichen Rückmeldungen seitens der Teilnehmer als ausgezeichnet bewertet, und ich kann Ihnen die Entsendung von Mitarbeitern nur wärmstens empfehlen.

Wir erhalten aus den Mitgliedstaaten auch zunehmend Bitten um Unterstützung bei der Durchführung umfassender Reformen. So ist etwa die griechische Regierung fest entschlossen, eine Reform des Gesundheitssystems durchzuführen. Gemäß dem von der Regierung wie auch der EU-Task-Force für Griechenland geäußerten Wunsch hat sich die WHO vor kurzem bereit erklärt, bei der Weiterentwicklung von Konzepten für das Gesundheitssystem erweiterte normative und fachliche Aufgaben wahrzunehmen – zusammen mit Griechenland.

Ebenso möchte ich auch Irland, Portugal und Zypern für eine ähnlich fruchtbare Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Reformierung ihrer Gesundheitssysteme danken, die jeweils auf eine Erhaltung des Zugangs zu hochwertigen Gesundheitsleistungen und zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung abzielte.

Als federführende Organisation innerhalb der Schwerpunktgruppe Gesundheit sind wir den Ländern dabei behilflich, für Notlagen und gesundheitliche Krisensituationen vorzusorgen bzw. sie zu bewältigen.

Wir haben unsere Notfallverfahren überarbeitet, die Notfallzentrale der WHO in unserem neuen Gebäude in der neuen UN City nach Maßgabe des neuen globalen Rahmens der WHO für die Reaktion im Krisenfall ausgebaut und sie in mehreren Simulationen erprobt.

Darüber hinaus unterstützen wir auch Länder wie Aserbaidschan, die Russische Föderation und Slowenien bei der Vorbereitung auf Massenveranstaltungen.

Ein weiterer zentraler Bereich der Gesundheitssicherheit ist der Aufbau von Kernkapazitäten für die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) durch entsprechende Schulungen und die Durchführung von Planspielen. Im Februar 2013 hielten wir in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und mit Unterstützung Deutschlands und des Vereinigten Königreichs eine Tagung in Luxemburg ab, auf der fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der IGV eine Zwischenbilanz des Umsetzungsprozesses gezogen wurde. Nähere Einzelheiten zu diesem Thema finden sich in dem dazu gehörigen Fortschrittsbericht, und am Donnerstag werden wir Sie um Stellungnahme zu den Kriterien für eine Verlängerung der Frist für den Erwerb der Kernkapazitäten über 2014 hinaus bitten.



Angesichts der Krise in der Arabischen Republik Syrien, die zur Vertreibung einer großen Zahl von Menschen und zu ständig wachsenden Flüchtlingsströmen in die Nachbarländer geführt hat, haben wir im Dezember 2012 eine interinstitutionelle Mission in die Wege geleitet, die der Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen in den Flüchtlingslagern in der südlichen Türkei diene. Diese kam zu dem Schluss, dass die Flüchtlinge in der Türkei eine hochwertige Gesundheitsversorgung erhalten.

In enger Abstimmung mit den türkischen Behörden erhöhen wir gegenwärtig unsere Handlungsfähigkeit, indem wir in der südlichen Türkei eine verstärkte Präsenz der WHO aufbauen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt ist von entscheidender Bedeutung und erfordert gezieltes Handeln, um einen angemessenen gesundheitlichen Nutzen zu erzielen.

Morgen wird Ihnen ein Bericht über die Arbeit des Europäischen Ministerausschusses und der Sonderarbeitsgruppe für Umwelt und Gesundheit präsentiert.

Als Vorreiter für den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ bemühen wir uns im Rahmen des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa zusammen mit den Mitgliedstaaten und unseren maßgeblichen Partnern um die Bereitstellung von Evidenz, aber auch um Unterstützung der Länder bei der Umsetzung ressortübergreifender Konzepte.

Wir haben die fachliche Unterstützung für die Länder bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus der Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit intensiviert und sind dabei, eine Reihe neuer Bewertungen durchzuführen und Instrumente zu schaffen und neue Netzwerke zu Themen wie Chemikaliensicherheit und Ökonomie einzurichten. Wir sind allen Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen dankbar, die unsere Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit großzügig unterstützen; insbesondere möchte ich mich bei Deutschland dafür bedanken, dass es das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit in Bonn dauerhaft unterstützt. Ebenso bedanke ich mich auch für die Unterstützung eines in einigen Ländern durchgeführten Projektes, das der Verstärkung der Bereitschaftsplanung und der Kapazitäten zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen infolge des Klimawandels diene.

Gestatten Sie mir nun, Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen innerhalb des Regionalbüros wie auch in der WHO weltweit zu geben und dabei primär auf die führungsbezogenen und die Politiksteuerung betreffenden Aspekte unserer Arbeit einzugehen. Es ist uns gelungen, unsere Effizienz weiter zu erhöhen, unsere Partnerschaften zu vertiefen und auszubauen und die Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken. Des Weiteren bemühen wir uns um eine nachhaltige Finanzierung.

Im April 2013 sind wir in unsere neue Zentrale in der neuen UN City in Kopenhagen umgezogen, die wir mit sämtlichen anderen in Dänemark vertretenen Organisationen der Vereinten Nationen teilen. Wir sind der dänischen Regierung zutiefst dankbar dafür, dass sie uns diese großartige Liegenschaft zur Verfügung gestellt hat. Deshalb war es uns auch eine große Ehre, dass die offizielle Einweihung der UN City durch Ihre Majestät Königin Margrethe von Dänemark und den Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ban Ki-moon, erfolgte.

Das Ziel der Reform der WHO besteht darin, die Organisation besser auf die zunehmend komplexen gesundheitspolitischen Herausforderungen im 21. Jahrhundert vorzubereiten. Bei der Verfolgung der Reformagenda konnten seit meinem Bericht an Sie im vergangenen Jahr erhebliche Fortschritte erzielt werden, die vor allem auf das beispiellose Engagement und die aktive Beteiligung der Mitgliedstaaten zurückzuführen sind. Für Ihre vielfältigen Beiträge bin ich Ihnen zutiefst dankbar.

Gestatten Sie mir bei dieser Gelegenheit auch, allen Bediensteten in der Europäischen Region für ihren Beitrag zu diesem Prozess und für die Anpassung an die durch die Reform bedingten Veränderungen zu danken. Auf allen Ebenen der WHO hat eine tiefgreifende Zusammenarbeit stattgefunden, an der sich unter der starken Führung der Generaldirektorin sämtliche Regionaldirektoren im Rahmen der Global Policy Group umfassend beteiligt haben. Ich persönlich war sehr dankbar für die Gelegenheit, zusammen mit Herrn Dr. Asamoah-Baah den Vorsitz in der WHO-Sonderarbeitsgruppe für die Beschaffung und Verwaltung von Finanzmitteln zu führen und auch bei der Gestaltung des Finanzierungsdialogs eine aktive Rolle zu spielen.

Die Reform der WHO macht sich bereits deutlich bemerkbar. Die Arbeit des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) zeigt, dass die WHO als Organisation sich aus Mitgliedstaaten zusammensetzt und ihre wichtigen Aufgaben primär durch diese Mitgliedstaaten erfüllt. Mit inhaltlicher Unterstützung durch das Regionalkomitee und den SCRC haben wir für mehr Kohärenz und eine bessere Organisationsführung in der Europäischen Region gesorgt. Die Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen hat sich mit Themen wie der Mitgliedschaft in den leitenden Organen, der rechtzeitigen Vorlage von Änderungsvorschlägen zu Resolutionsentwürfen und der Überprüfung der Beglaubigungsschreiben befasst; diese Fragen werden am Mittwoch weiter erörtert.

Durch die Annahme des 12. Allgemeinen Arbeitsprogramms und des Programmhaushalts 2014–2015 hat die Weltgesundheitsversammlung der WHO ein klares Mandat für die programmbezogene Komponente der Reform erteilt. Durch sie erhalten wir eine Zukunftsvision und einen konkreten Aktionsplan.

Der Programmhaushalt weist mehrere neue Merkmale auf: eine realistischere Bewertung von Einnahmen und Ausgaben, eine solide Ergebniskette und eine klare Erläuterung des Beitrags jeder der drei Ebenen der Organisation. Die Konzepte hinter dem „Kontrakt“ für die Europäische Region für den Zeitraum 2012–2013, den ich vor zwei Jahren als strategisches Instrument für die Rechenschaftslegung präsentiert habe, sowie die daraus gezogenen Lehren waren ein wesentlicher Beitrag zu diesem globalen Prozess.

Während dieser Tagung des Regionalkomitees werde ich Sie ausführlich über die Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015 in der Europäischen Region informieren, die schon weit fortgeschritten ist. Die Umsetzung des von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Programmhaushalts in die operative Planung auf Ebene der Europäischen Region orientiert sich an „Gesundheit 2020“. Um für mehr Kohärenz zu sorgen, insbesondere bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“, haben wir eine zehntägige Klausur auf der Ebene des gesamten Regionalbüros durchgeführt, auf der wir die Mitgliedstaaten nach ihren Prioritäten für die zweijährigen Kooperationsvereinbarungen befragten. Gemäß unserem Geschäftsmodell werden die Mitarbeiter in der Zentrale auch weiterhin fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bereitstellen.

Doch der Programmhaushalt muss noch finanziert werden. Unser Finanzierungsdialog hat im Juni zum ersten Male getagt: es war ein Erfolg, bei dem er von den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen uneingeschränkte Unterstützung erhielt. Ich freue mich darauf, gemeinsam mit Ihnen auf die zweite Tagung im November hinzuarbeiten. Ich bin in hohem Maße zuversichtlich, dass dieser innovative Mechanismus zu einer vollständigen Finanzierung des Programmhaushalts führen und die finanzielle Ungewissheit hinsichtlich der Erfüllung unserer Arbeitspläne beenden wird.

Um die Nachhaltigkeit der Arbeit des Regionalbüros zu gewährleisten, haben wir Maßnahmen ergriffen, die sich nicht auf die Erfüllung unserer Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedstaaten auswirken, darunter die Senkung der Personalkosten (durch weniger Neueinstellungen unter Beibehaltung fachlicher Kapazitäten und Kompetenz) und die Senkung der Reisekosten und der Ausgaben für Beratungsdienstleistungen.

2010 habe ich dem Regionalkomitee versprochen, eine Partnerschaftsstrategie für die Europäische Region ausarbeiten zu lassen. Auch wenn wir im Hinblick auf die Erfüllung dieses Versprechens Entscheidungen über eine Zusammenarbeit mit verschiedenen nichtstaatlichen Akteuren abwarten müssen, so kann ich doch mit Freude vermelden, dass wir auch weiterhin mit einem breiten Spektrum von Partnerorganisationen zusammenarbeiten, mit denen wir einen aktiven Austausch pflegen und unsere Zusammenarbeit von Jahr zu Jahr weiter vertiefen.

Beim Regionalbüro haben wir unsere Zusammenarbeit mit der EU und ihren Institutionen intensiviert. Gestatten Sie mir, dies anhand einiger Glanzlichter zu veranschaulichen. Wir haben unsere Zusammenarbeit mit den Ländern, die die EU-Präsidentschaft innehatten – Irland, Litauen und Zypern –, fortgesetzt und ihre gesundheitspolitischen Prioritäten unterstützt. Wir haben ferner eine Delegation des EU-Ausschusses der Regionen beim Regionalbüro empfangen. Wir hatten eine große Zahl wichtiger Veranstaltungen und haben mit dem Europäischen Parlament zusammengearbeitet. Auf einer äußerst erfolgreichen Tagung hochrangiger Vertreter beim WHO-Hauptbüro im Juni hatten wir die Gelegenheit, mit der Europäischen Kommission unsere gemeinsamen Fahrpläne zu erörtern. Diese haben unsere Zusammenarbeit entscheidend vertieft.

Wir haben die Vielfalt und die Tiefe der Zusammenarbeit mit Partnern wie Organisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank, der OECD, den globalen Gesundheitspartnerschaften (insbesondere dem Globalem Fonds und der GAVI-Allianz), den subregionalen Netzwerken sowie Organisationen der Zivilgesellschaft erhöht.

Deshalb freue ich mich heute besonders, die Regionaldirektoren des UNICEF und des UNFPA hier begrüßen zu können. Zu dritt werden wir am Mittwoch, während der Sitzung zum Thema Partnerschaften, einen gemeinsamen Handlungsrahmen unterzeichnen. Er zielt darauf ab, Sie bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele zu unterstützen und sich den neuen Herausforderungen im Kontext des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ zu stellen.

Neben den verschiedenen Veranstaltungen und Konferenzen auf Ebene der Region gab es in den vergangenen zwölf Monaten auch reichlich Gelegenheit für bilaterale Gespräche mit den Mitgliedstaaten. So habe ich in diesem Zeitraum insgesamt 18 Mitgliedstaaten besucht, um mit Ihnen sowie den Staats- und Regierungschefs Ihrer Länder zusammenzutreffen, für ressortübergreifende Konzepte zu werben und dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheit auf der Tagesordnung der Regierungen einen hohen Stellenwert erhält.

Umgekehrt hatte ich das Vergnügen, insgesamt 13 Gesundheitsministerinnen und -minister und ihre Delegationen beim Regionalbüro begrüßen zu dürfen. Ich weiß den Wert solcher Besuche zu schätzen, denn sie tragen in hohem Maße zur Ausrichtung unserer Arbeit und zur Wahl von Bereichen für die künftige Zusammenarbeit bei.

Darüber hinaus haben wir inzwischen mit der Ausarbeitung von Länder-Kooperationsstrategien (CCS) begonnen; die erste von ihnen wurde zusammen mit der Generaldirektorin im Mai mit der Schweiz unterzeichnet. Mit der Ausarbeitung solcher Kooperationsstrategien für Belgien, Griechenland, der Russischen Föderation, der Türkei und Zypern haben wir bereits begonnen.

Mechanismen auf subregionaler Ebene sind auch weiterhin ein zunehmend wirksamer Weg der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten. So führen wir verschiedene Aktivitäten mit dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) durch, ferner eine Reihe subregionaler Projekte mit Ländern der Gemeinschaft unabhängiger Staaten.

Mit ihren 900 Millionen Menschen und fast 90 aktiv gesprochenen Sprachen ist unsere Europäische Region vielgestaltig und attraktiv. Ihre Diversität bietet uns eine einzigartige Gelegenheit, ein unglaublich breites Spektrum an Sachverstand und Erfahrung abzurufen.

Dies ermöglicht es uns, in einer Vielzahl von Bereichen der öffentlichen Gesundheit zu Vorreitern des Fortschritts werden. Ich bin sicher, dass wir dies gemeinsam mit Ihnen schaffen können.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.