

159 893 937 \$



# Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2004–2005

Zweijahresbericht des Regionaldirektors



**Die Arbeit der WHO  
in der Europäischen Region  
2004–2005**

Zweijahresbericht des Regionaldirektors

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch das sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben ca. 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.



EUROPA

# **Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2004–2005**

Zweijahresbericht  
des Regionaldirektors

---

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2004–2005 : Zweijahresbericht  
des Regionaldirektors.

1.Regional Planung im Gesundheitswesen 2.Weltgesundheitsorganisation 3.Europa

ISBN 92 890 3385 1

(NLM Klassifikation : WA 540)

---

ISBN 92-890-3385-1

EUR/RC56/4

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

Veröffentlichungen

WHO-Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8

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>).

© Weltgesundheitsorganisation 2006

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

Die in dieser Veröffentlichung 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. Wo in den Überschriften von Tabellen die Bezeichnung Land oder Gebiet auftritt, sind Länder, Territorien, Städte oder Gebiete gemeint. 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 übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für Schäden, die aus ihrer Anwendung entstehen sollten. Die von den Autoren und Redakteuren geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

*Druck Et Design:* Sven Lund

Printed in Denmark

# Inhalt

Abkürzungen und Kürze	vi
Einführung	1
1. Aktivitäten in Ländern	2
2. Gesundheitssysteme	10
3. Übertragbare Krankheiten	19
4. Nichtübertragbare Krankheiten	30
5. Umwelt und Gesundheit	39
6. Gesundheitserkenntnisse und Veröffentlichungen für die Bevölkerungsgesundheit	45
7. Infrastruktur und Logistik	53
8. Verwaltungsdienste	55
9. Leitungsfunktion	58
Anhang 1. Programm-Management und -Umsetzung	66

# Abkürzungen und Kürzel

## Organisationen

CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention
CE	Europarat
CEE-HRN	Mittel- und osteuropäisches Netzwerk für Schadensminderung
CIDA	Canadian International Development Agency
EATG	European AIDS Treatment Group
EC	Europäische Kommission
DG ENV	Generaldirektion Umwelt
DG SANCO	Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EUA	Europäische Umweltagentur
EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EU	Europäische Union
EuroHIV	European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
FAO	Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IOM	Internationale Organisation für Migration
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
REC	Regionales Umweltzentrum für Mittel- und Osteuropa
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNECE	Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa
UNEP	Umweltprogramm der Vereinten Nationen
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNHCR	Hoher Kommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNMIK	Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo
USAID	United States Agency for International Development
WFP	Welternährungsprogramm

## Ländergruppen

MOE	Länder Mittel- und Osteuropas
GUS	Gemeinschaft unabhängiger Staaten

## Fach- und Verwaltungsausdrücke

„3 bis 5“	Initiative von UNAIDS/WHO mit dem Ziel, bis Ende 2005 zusätzlich 3 Mio. Menschen mit HIV/Aids antiretroviral zu behandeln
ARV/ART	Antiretrovirale Medizin/antiretrovirale Therapie
BCA	zweijährige Kooperationsvereinbarung (mit einem Mitgliedstaat)
CEHAPE	Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region der WHO
CISID	Zentralisiertes Informationssystem für Infektionskrankheiten
DALY	Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre
DOTS	Direkt überwachte Kurzzeittherapie zur Tb-Bekämpfung (WHO-Strategie zur Tuberkulosebekämpfung)
DOTS-Plus	WHO-Strategie zur Bekämpfung der multiresistenten Tuberkulose
GAVI	Globales Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung
GIFT	Global Information Full Text
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HEN	Health Evidence Network
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> Typ b
HINARI	Health InterNetwork Access to Research Initiative
HiT	Gesundheitssysteme im Wandel (Länderprofile)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
MDG	Millenniums-Entwicklungsziele
MDR-Tb	Multiresistente Tb
NGO	Nichtstaatliche Organisationen
SARS	Schweres akutes respiratorisches Syndrom
STI	Sexuell übertragene Infektionen
Tb	Tuberkulose
WOW	Way of Working (Bezeichnung für einen Entwicklungsprozess und eine Arbeitsgruppe im Regionalbüro)





© WHO

*Der kürzlich verstorbene Dr. Jong-Wook Lee (zweiter von rechts), WHO-Generaldirektor von 2003 bis 2006, zusammen mit Dr. Marc Danzon (rechts), WHO-Regionaldirektor für Europa.*

# Einführung

Über die in einem Zeitraum von zwei Jahren (2004 und 2005) mit einem Kern von 550 Bediensteten und einem Haushalt von ca. 160 Mio. US-\$ geleistete Arbeit lässt sich auf vielerlei Weise berichten.

Die für diesen Bericht gewählte Herangehensweise wurde mit dem Ziel eines besseren Verständnisses der Art und Weise gewählt, wie die von den WHO-Leitungsgremien bereitgestellten finanziellen und personellen Mittel im Zeitraum 2004–2005 genutzt wurden. Auch der Wunsch nach mehr Transparenz führte zu dieser Wahl.

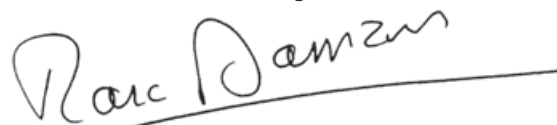
Der Bericht bietet eine Gelegenheit den Leitungsgremien und einem interessierten Publikum das 2005 neu geschaffene hausinterne Instrumentarium vorzustellen, mit dem die Verwaltungsspitze die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa wirksamer verfolgen kann.

Damit die im Programmhaushalt enthaltenen Aktivitäten leichter verständlich werden, ist der Bericht an neun den neun Haushaltskapiteln entsprechenden Aufgabenbereichen ausgerichtet:

1. Aktivitäten in Ländern
2. Gesundheitssysteme
3. Übertragbare Krankheiten
4. Nichtübertragbare Krankheiten, Lebensweisen und Gesundheitsdeterminanten sowie Gesundheit in Familie und Gemeinschaft
5. Umwelt und Gesundheit
6. Gesundheitserkenntnisse und Veröffentlichungen für die Bevölkerungsgesundheit
7. Infrastruktur und Logistik
8. Verwaltungsdienste und
9. Leitungsfunktion.

Natürlich steht auch das traditionelle Informationsdokument über die Umsetzung des Programmhaushalts 2004–2005 zur Verfügung.<sup>1</sup>

Zu jeder der neun Funktionen enthält der Bericht Informationen über die wichtigsten Tätigkeiten im Zweijahreszeitraum, die finanziellen Aufwendungen und die Anzahl der beteiligten Bediensteten.



*Marc Danzon*

WHO-Regionaldirektor für Europa

<sup>1</sup> Bericht des Regionaldirektors – Umsetzung des Programmhaushalts 2004–2005. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (EUR/RC56/Inf.Doc./1; <http://www.euro.who.int/document/RC56/ginfdoc01.pdf>).

# 1. Aktivitäten in Ländern

---

Ausgaben: 12 951 433 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 8,1%

---

Bedienstete: 120, davon 112 vor Ort

---

In diesem Kapitel wird unterschieden zwischen den 29 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, in denen das Regionalbüro Länderbüros unterhält und mit denen es zweijährige BCA getroffen hat, und den 23 Mitgliedstaaten, in denen es noch kein Länderbüro gibt. Das Regionalbüro hat in Mitgliedstaaten Länderbüros mit der Aufgabe eröffnet, die Koordinierung von Tätigkeiten in jedem Land zu sichern und als Schnittstelle zur WHO zu dienen. Die Länderbüros unterscheiden sich wesentlich von den auch in Mitgliedstaaten angesiedelten Fachzentren, die für die ganze Region mit einem spezifischen Fachthema befasst sind (2).

Im Rahmen der 2000 angenommenen Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ dient das Regionalbüro allen 52 Mitgliedstaaten der Region auf unterschiedliche Weise. Die folgenden Beispiele beschreiben die Kooperation in vier Ländern mit Länderbüros.

## Mitgliedstaaten mit Länderbüros: Beispiele der Zusammenarbeit

### *Kirgisistan*

Kirgisistan kann als ein Beispiel für die Herangehensweise der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme (3) dienen, die im September 2005 veröffentlicht wurde. Es ist das erste Land in der Europäischen Region, das seinen Bemühungen um eine Reform und Stärkung des Gesundheitssystems durch die Errichtung des vom kirgisischen Präsidenten eröffneten Zentrums für Gesundheitssystementwicklung eine institutionelle Form gegeben hat.

Das Regionalbüro unterstützt weiter die Umsetzung des nationalen Gesundheitsreformprogramms, welches 2005 in seine zweite Phase – Manas Taalimi – trat und bis 2010 läuft. Das Programm ist auf die Angleichung der medizinischen Praxis und Ausbildung an die international anerkannten Standards konzentriert und verknüpft vordringliche Programme wie solche zu Tuberkulose und reproduktiver Gesundheit mit dem Gesundheitssystem, einer verbesserten Gesundheitsfinanzierung, der Mobilisierung der Gesellschaft und der Befähigung von Gruppen zu selbstbestimmtem Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung.

---

<sup>2</sup> Die BCA sind in den Informationen zu den einzelnen Ländern im Länderteil der Website des Regionalbüros enthalten (1).



*Hühnerübergabe an die Gesundheitsbehörden zur Keulung während des Vogelgrippeausbruchs in der Türkei.*

© Scampix

### **Türkei**

Die rasche und gut koordinierte Reaktion nationaler und internationaler Organisationen auf den Vogelgrippeausbruch im Jahr 2005 ist ein weiteres gutes Beispiel für gut funktionierende Partnerschaften und die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten (siehe auch S. 11, 13, 17, 19, 20-21, 54). Die WHO trat geschlossen als eine Organisation mit dem vereinten Wissen und Können ihrer nationalen, regionalen und globalen Fachleute auf, um die türkische Regierung bei der Koordinierung der unterschiedlichen beteiligten Ministerien und nationalen Institute zu unterstützen. Dadurch wurde wiederum eine gemeinsame Reaktion anderer internationaler Organisationen wie der FAO, der Weltbank, der EU und des ECDC sichergestellt und somit wurden Wiederholungen vermieden und ein rechtzeitiges und angemessenes Gegensteuern garantiert.

### **Albanien**

Bei der Kooperation mit Albanien stand die gemeinsame strategische Unterstützung des Kampfes gegen HIV/Aids mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen im Mittelpunkt. Von 2001 bis 2004 saß das Regionalbüro einer Gruppe der Vereinten Nationen zum Thema HIV/Aids vor, an der sich UNDP, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNHCR, IOM, WFP und die Weltbank beteiligten. Die Einrichtung dieser Gruppe trug zu einer besseren Koordination der Organisationen im Land bei. Die Gruppe hat Zusammenkünfte,

runde Tische und Foren mit den albanischen Regierungsorganisationen, NGO und internationalen Organisationen veranstaltet, was als wichtiger Faktor für die Erhaltung der geringen HIV-Prävalenz in dem Land erkannt wurde.

### **Russische Föderation**

In der Russischen Föderation trug das Regionalbüro gemeinsam mit mehreren internationalen Partnern zur Fortentwicklung der Aufsichts- und Schutzfunktion und der Gesundheitspolitik in der Republik Tschuwaschien bei.

In der Folge veröffentlichte das tschuwaschische Gesundheitsministerium einen Plan zur Stärkung des Gesundheitssystems durch einen Ausbau der primären Gesundheitsversorgung, u. a. durch Einführung des Hausarztmodells, Abbau stationärer Krankenhausbetten, Umstrukturierung der Notfall- und Diagnosedienste, Ausbau der finanziellen und personellen Ressourcen, Entwicklung von Strategien für mehr öffentliche Beteiligung und Nachdruck auf die Entwicklung von Gesundheitsgemeinschaften.

Dies hat zu einer Verbesserung wesentlicher Indikatoren für Gesundheit und Gesundheitssystemleistung geführt: ein substanzieller Anstieg der Geburtenrate, ein Rückgang der Sterberate, eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit und ein noch größerer Rückgang der Müttersterblichkeit waren zu verzeichnen.

## **Initiative für den Stabilitätspakt**

Im September 2001 schlossen sich acht Länder aus Südosteuropa der Verpflichtung von Dubrovnik (4) an: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik, Mazedonien, Kroatien, die Republik Moldau, Rumänien sowie Serbien und Montenegro. Seither haben sie eng im Rahmen der Initiative für sozialen Zusammenhalt des Stabilitätspaktes für Südosteuropa (5) zusammengearbeitet bei der Durchführung von grenzüberschreitenden Projekten (in den Bereichen psychische Gesundheit, Gesellschafts- und Gesundheitsinformationssysteme, übertragbare Krankheiten, Lebensmittelkontrolle, Blutsicherheit und Tabakbekämpfung) und bei der Umgestaltung ihrer Gesellschaften und der Wiederherstellung nachbarschaftlicher Beziehungen (siehe auch S. 6, 11, 20, 30, 35).

Die zweite Phase wurde mit dem zweiten Gesundheitsministerforum (6) eingeläutet, das im November 2005 in Skopje stattfand. Die Beteiligten betonten, dass die Reformierung und Stärkung der Gesundheitssysteme jeden Landes entscheidend seien für die Bewältigung der Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung, für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger, zugänglicher und bezahlbarer Gesundheitsdienste und für die Überwindung der gegenwärtigen gesundheitlichen Kluft zwischen den Ländern Südosteuropas und der EU.

17 Partner unterzeichneten die Verpflichtung von Skopje (7), in der Gesundheits- und Finanzminister der acht Länder einstimmig vereinbarten, dass öffentliche Ausgaben für die Gesundheit nicht als Kosten, sondern als Investition in die Zukunft betrachtet werden sollten.

## Mitgliedstaaten ohne Länderbüros

In den übrigen 23 Mitgliedstaaten verfolgte das Regionalbüro verschiedene Wege, um seine Arbeit an die Bedürfnisse jedes einzelnen Landes anzupassen.

Das Büro hat mehr in die Analyse der gesundheitsstrategischen Bedürfnisse der Länder investiert. Dadurch wurde eine Grundlage für die strategische Erörterung möglicher BCA mit diesen Ländern geschaffen. In den Lageberichten wurden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme jedes Landes, Prioritäten für die Bevölkerungsgesundheit und mögliche, vorrangige Gebiete für eine Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro beleuchtet (8). Verhandlungen über BCA und Pläne zu ihrer Umsetzung wurden mit Andorra, Belgien, Deutschland und Norwegen eingeleitet.

Das Regionalbüro und einzelne Gesundheitsministerien haben mit der wechselseitigen Entsendung von Personal zur Unterstützung der länderspezifischen Zusammenarbeit begonnen. So hat die WHO z. B. eine Bedienstete an das deutsche Gesundheitsministerium entsandt zur Teilnahme an Ausarbeitung und Annahme einer BCA sowie der Errichtung eines WHO-Länderbüros in Deutschland.

Darüber hinaus reagierte das Regionalbüro auch auf konkrete Anfragen und unterstützte z. B.:

- die Annahme und Umsetzung des nationalen Gesundheitsplans für Portugal,
- eine von OECD und WHO durchgeführte Untersuchung des Schweizer Gesundheitssystems,
- die Erarbeitung eines neuen griechischen Gesundheitsgesetzes und die Vorbereitung auf gesundheitliche Aspekte der olympischen Spiele in Athen,
- die verschiedenen Gesundheitsaktivitäten während der aufeinander folgenden EU-Präsidentschaften der Niederlande (vorrangige Medikamente in Europa), Luxemburgs (Koordinierung der Tsunami-Hilfemaßnahmen für Südostasien) und des Vereinigten Königreichs (gesundheitliche Ungleichheiten, Patientensicherheit und Pandemieplanung) sowie
- eine Schnellbewertung der gesundheitspolitischen Erfordernisse der türkisch-zyprischen Gemeinschaft auf Zypern.

## Partnerschaften auf Länderebene und Mittelbeschaffung

Während des Zweijahreszeitraums stimmte sich das Regionalbüro weiter strategisch mit wichtigen Partnern ab. Auf Ebene der Region bewahrte und stärkte es die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, dem Europarat, den Schwesterorganisationen der Vereinten Nationen (wie UNICEF, UNFPA und Weltbank), bilateralen Entwicklungsagenturen, Organisationen der Zivilgesellschaft und Partnern aus der Privatwirtschaft.

Erstmals wurden direkt mit DG SANCO in für das Regionalbüro vordringlichen Bereichen fünf gemeinschaftliche Projekte (epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten, psychische Gesundheit, Umwelt und Gesundheit, Gesundheitssysteme, Adipositas) mit einem Volumen von insgesamt 2,5 Mio. € vereinbart. Die Mitgliedstaaten haben dabei die enge Zusammenarbeit und



*Die Ministerkonferenzen in Budapest und Helsinki wurden von wichtigen Partnern kräftig unterstützt.*

Abstimmung zwischen dem Regionalbüro und der Europäischen Kommission ausdrücklich unterstützt.

Das Regionalbüro hat die Errichtung des ECDC in Stockholm unterstützt. Eine Vereinbarung wurde unterzeichnet, welche von Anfang an die jeweiligen Aufgaben jedes Partners verdeutlicht und Verfahren für eine enge Zusammenarbeit schafft. Das Regionalbüro hat zwei Bedienstete zur direkten Unterstützung des ECDC entsandt.

Später im Text wird darauf eingegangen, dass das Regionalbüro Ministerkonferenzen zu den Themen Umwelt und Gesundheit (Budapest, Ungarn) und psychische Gesundheit (Helsinki, Finnland) veranstaltet hat und dabei durch die EU, den Europarat, die Weltbank und viele Organisationen der Zivilgesellschaft kräftig finanziell und politisch unterstützt wurde (siehe S. 31–32, 39–40).

Mit der Weltbank hat das Regionalbüro für Europa vor Ort zusammengearbeitet und im Rahmen von Flaggschiff-Lehrgängen für die Region (siehe S. 15) maßgebliche Personen aus dem östlichen Teil der Region zu Themen des Gesundheitssystems ausgebildet.

Der Hauptteil der Arbeit mit der Europäischen Kommission erfolgte im Zuge des Stabilitätspakts und der Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ im Jahr 2004 (siehe S. 60).

In den zurückliegenden Jahren hat die WHO die Bedeutung der länderbezogenen Arbeit und der entscheidenden Rolle von Partnerschaften betont. Im Zweijahreszeitraum hat sich das Regionalbüro besonders um eine stärkere Koordination mit seinen wichtigsten Partnern auf Länderebene und um eine bessere Fähigkeit seiner Länderbüros zum Aufbau von Partnerschaften bemüht.

## Globale Gesundheitsagenda und Länderarbeit

Die Arbeit des Regionalbüros mit den Ländern im Osten und Westen der Region ist kein Selbstzweck, sondern dient der gemeinsamen Verfolgung der globalen Gesundheitsagenda mit den Mitgliedstaaten.

### ***Der Globale Fonds***

Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten nachdrücklich bei ihrer Arbeit mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützt, seit dieser seine Tätigkeit im Jahr 2002 aufnahm.

Bisher sind in fünf Bewerbungsrunden für 41 „Komponenten“ in 22 Ländern der Europäischen Region Zuschüsse aus dem Fonds genehmigt worden (zehn davon in der fünften Runde). Bis heute flossen 11% der insgesamt genehmigten Fondsmittel in die Europäische Region. Dieser Erfolg wurde mit erheblicher Beteiligung des Regionalbüros auf regionaler wie auf nationaler Ebene erreicht. Im Jahr 2003 wirkte das Büro an ca. 80% der Koordinierungsmechanismen des Fonds für die Länder mit. Gegen Ende des Zweijahreszeitraums lag dieser Anteil bei 100%.

Die Kooperation mit dem Globalen Fonds war besonders ausgeprägt bei (siehe auch S. 24, 26, 27):

- Tuberkuloseprojekten in der Republik Moldau, in Rumänien, in der Russischen Föderation und in Usbekistan,
- HIV/Aids-Projekten in Estland, in Kasachstan, in der Republik Moldau, in der Russischen Föderation, in Tadschikistan und in der Ukraine,
- Malariaprojekten in Georgien, Kirgisistan und Tadschikistan.

### ***Verfolgung der MDG und Auswirkungen für die Programme des Regionalbüros***

Im Jahr 2005 legte das Regionalbüro dem WHO-Regionalkomitee für Europa eine MDG-Strategie (9, 10) vor und schuf eine Arbeitsgruppe zur Überwachung ihrer Umsetzung.

Durch seine Länderarbeit hat das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei der Markierung ihrer Fortschritte hinsichtlich der MDG stärker unterstützt. In allen 52 Mitgliedstaaten der Region wurde die Überwachung von Indikatoren für die sieben gesundheitsbezogenen MDG verbessert und kürzlich wurde eine umfassende Bewertung durchgeführt. Ein internes Beobachtungsverfahren für die Arbeit anderer Regionen und Organisationen im Bereich MDG wird gerade eingeführt.

Der jüngsten Bewertung nach ist der Fortschritt in der Europäischen Region ungleich verteilt. Gemeinsam mit anderen internationalen Organisationen hat das Büro daher in 26 Ländern die Arbeit für die gesundheitsbezogenen MDG durch die Umsetzung der BCA unterstützt. Acht der mittel/osteuropäischen und zentralasiatischen Länder werden fünf von sieben MDG wahrscheinlich, Ungarn und Polen sicher alle sieben Ziele erreichen. Dennoch ist das Erreichen der MDG weiter eine große Herausforderung für viele Länder.



## Verbesserte Leitung der Länderarbeit

### *Bessere Planung und Verwaltung*

Wirksame Arbeit der Länderbüros ist für einen Erfolg der Programme des Regionalbüros in den Ländern unerlässlich.

Die BCA für den Zeitraum 2004–2005 (2) wurden in den meisten Ländern erfolgreich umgesetzt: 98% der geplanten Aktivitäten wurden realisiert. Die finanzielle Umsetzungsrate im vorangegangenen Zweijahreszeitraum lag bei 92%.

### *Leistungsbewertung der Länderarbeit*

Das Regionalbüro hat die Leistungsbewertung der Länderarbeit effizienter gestaltet. Seit 2004 wird den Mitgliedstaaten jährlich Land für Land über die landesspezifische Zusammenarbeit berichtet.

Zusätzlich werden derzeit für die Steigerung von Transparenz und Verantwortlichkeit zentrale Leistungsindikatoren erprobt. In Modellversuchen wurden 2005 sechs Messindikatoren für verschiedene Planungs- und Umsetzungsaspekte der Länderarbeit, besonders Rechtzeitigkeit und Qualität, getestet. In 80% der unterschriebenen BCA erschienen zum Beispiel dieselben vorrangigen Bedürfnisse des Landes, die auch in den strategischen Bewertungsberichten genannt waren (9). Außerdem verzeichnete eine externe Überprüfung substantielle Verbesserungen in der Berichterstattung der Länderbüros: 80% der Berichte waren von hoher Qualität und lagen rechtzeitig vor.

Allgemein hat sich das Leistungsbewertungssystem für die Effizienzsteigerung der Länderarbeit als nützlich erwiesen.

### *Ländertage*

Zur Profilierung der Länderarbeit im Regionalbüro wurden Ländertage eingeführt, an denen sich alle Programme und Abteilungen sowie Gesundheitsbeamte aus den Ländern beteiligen. An einem typischen Ländertag werden unterschiedliche Aspekte der Zusammenarbeit zwischen dem Büro und einem bestimmten Land in einer Reihe von Aktivitäten gemeinschaftlich bewertet.

Ländertage erleichtern die Koordinierung verschiedenartiger fachlicher Maßnahmen entsprechend der Bedürfnisse eines Landes. Die zuletzt im Zweijahreszeitraum durchgeführten Ländertage beschäftigten sich schwerpunktmäßig mit Estland, Kirgisistan, der Republik Moldau und der Türkei.

## Literatur<sup>3</sup>

1. Länderinformation [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/countryinformation?language=German>).

---

<sup>3</sup> Alle Verweise auf Websites beziehen sich auf den Stand 18. Mai 2006.

2. *Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (EUR/RC54/9; <http://www.euro.who.int/document/rc54/gdoc09.pdf>).
3. *Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (EUR/RC55/9 Rev.1 + EUR/RC55/Conf.Doc./5; <http://www.euro.who.int/document/RC55/gdoc09rev1.pdf>).
4. The Dubrovnik Pledge [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/stabilitypact/pledge/20040610\\_1](http://www.euro.who.int/stabilitypact/pledge/20040610_1)).
5. Stability Pact for South Eastern Europe. Initiative for Social Cohesion [Website]. Brussels, Stability Pact for South Eastern Europe, 2005 (<http://www.stabilitypact.org/soc-cohesion/default.asp>).
6. Second Health Ministers' Forum [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/stabilitypact/pledge/20050511\\_1](http://www.euro.who.int/stabilitypact/pledge/20050511_1)).
7. *The Skopje Pledge*. Brussels, Stability Pact for South Eastern Europe, 2005 (<http://www.stabilitypact.org/soc-cohesion/54634-kmi%20Skopje%20pledge.pdf>).
8. *Country strategic health needs: report and priorities for WHO collaboration, 2004–2010*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (series of unpublished documents).
9. *UN Millennium Development Goals*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>).
10. *Die Strategie des Regionalbüros der WHO zu den Millenniums-Entwicklungszielen in Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (EUR/RC55/Inf.Doc./1; <http://www.euro.who.int/Document/RC55/ginfdoc01.pdf>).

## 2. Gesundheitssysteme

---

Ausgaben: 23 329 000 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 14,6%

---

Bedienstete: 65, davon 26 vor Ort

---

Auftragsgemäß unterstützt das Regionalbüro die Länder dabei, ihre eigene Gesundheitspolitik, ihr eigenes Gesundheitssystem und ihre eigenen Gesundheitsprogramme zu entwickeln, gesundheitliche Gefährdungen zu verhindern und zu überwinden, künftigen Herausforderungen vorausschauend zu begegnen und engagiert für die öffentliche Gesundheit einzutreten.

Die BCA zwischen Regionalbüro und 29 Mitgliedstaaten (1) sind gemäß vier Funktionen der nationalen Gesundheitssysteme strukturiert, eine vom Büro geförderte Herangehensweise. Bei der Programmumsetzung berücksichtigen die Bediensteten des Regionalbüros auch die Auswirkungen auf diese vier Funktionen: Leistungserbringung, Aufsichts- und Schutzfunktion, Erzeugung von Ressourcen und Finanzierung. Die im Zweijahreszeitraum mit den Mitgliedstaaten zu den Gesundheitssystemen durchgeführte Arbeit wird daher unter entsprechenden Überschriften dargestellt.

### Leistungsherstellung und -erbringung

#### ***Stärkung und Reform der primären Gesundheitsversorgung***

Aufgrund der hohen Dringlichkeit einer Stärkung und Reform der primären Gesundheitsversorgung in den meisten Mitgliedstaaten hat das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum in vielen Ländern Aktivitäten zu diesem Zweck durchgeführt (Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Russische Föderation, Türkei, Usbekistan und Weißrussland). Die Schwerpunkte der Arbeit lagen auf der Versorgungsqualität (Strategie für Qualitätsverbesserung in Usbekistan), der Stärkung der primären Versorgungsebene (Grundsatzdialoge in Georgien und der Russischen Föderation) und der Einbeziehung spezialisierter Dienste (Workshops zu Kindergesundheit in Kasachstan, Familiengesundheit in der Türkei, STI in Usbekistan und reproduktiver Gesundheit in Kirgisistan). Dabei richtete sich der Blick auf das Erkennen der Erfordernisse der Mitgliedstaaten, damit diese ihre Leistung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung steigern können. Diese Erkenntnisse bildeten auch die Grundlage für die BCA 2006–2007 (1).

#### ***Krankenhausreform***

Eine erfolgreiche Reform der Krankenhäuser ist für die meisten Länder noch eine große Herausforderung. Während wichtige Partner sich hauptsächlich auf das Thema Krankenhausinfrastruktur konzentriert haben, hat das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum größeres Gewicht auf die

Unterstützung von Leistungsbewertung, Reform- und Masterplänen für Krankenhäuser, Qualitäts- und Sicherheitsprozeduren sowie auf die Einführung von Gesundheitsförderungspraktiken in alltägliche Abläufe gelegt.

Zum Beispiel hat das Büro Konzepte und Strategievorschläge für mehr Gerechtigkeit, Effizienz und Effektivität im Krankenhauswesen geprüft.

Für eine bessere Versorgungsqualität im Krankenhaus hat es auch die Einführung von Akkreditierungssystemen unterstützt.

Und es war federführend an einem Entwicklungsprojekt für ein Leistungsbewertungsinstrument zur Qualitätssteigerung in den Krankenhäusern der Region beteiligt. Mit diesem Instrument werden hauptsächlich sechs Aspekte bewertet: klinische Wirksamkeit, Personalführung, Effizienz, Sicherheit, Patientenfokus und bedarfsgerechte Leitung. Es wurde im Rahmen eines Modellversuchs in Belgien, Dänemark, Frankreich, Kanada, der Slowakei und Südafrika von 40 Krankenhäusern erprobt.

Das Regionalbüro hat auch das Projekt gesundheitsfördernder Krankenhäuser angeleitet, in dem 740 Krankenhäuser aus der Europäischen Region im Verbund für mehr Gesundheitsförderung und Qualität in Krankenhäusern arbeiten. Das Netzwerk umfasst Krankenhäuser aus 24 Mitgliedstaaten der Region: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Israel, Italien, Kasachstan, Litauen, Norwegen, Österreich, Polen, Russische Föderation, Schweden, Schweiz, Slowakei, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Vereinigtes Königreich.

Außerdem hat das Büro den Ausbau der Notfallmedizin in Albanien, Andorra und Slowenien unterstützt. Dabei legte es besonderes Gewicht auf Akkreditierung und Qualitätssicherung, wofür entsprechende Instrumente gegenwärtig in Zusammenarbeit mit Partnern und WHO-Kooperationszentren entwickelt werden. Angesichts der drohenden Vogelgrippepandemie konzentrierten sich die Anstrengungen im Jahr 2005 vor allem auf die Beratung der Mitgliedstaaten zur Notfallplanung für Krankenhäuser. In Albanien und in der Tschuwaschischen Republik (Russische Föderation) wurde Triage in die Praxis der Notfallabteilungen eingeführt.

### ***Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes***

Verschiedene Aktivitäten zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden im Zweijahreszeitraum auf den Weg gebracht oder umgesetzt. Zwei größere Veranstaltungen fanden zur Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion statt (eine auf Malta und eine in Budapest, Ungarn). Ein wichtiger Erfolg der Initiative für sozialen Zusammenhalt des Stabilitätspaktes für Südosteuropa war die Konzentration auf die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste als Teil einer Gesamtreform der Gesundheitssysteme in den Ländern Südosteuropas.

### ***Katastrophenschutz***

Unterstützung für Mitgliedstaaten im Katastrophenfalle ist ein wichtiges Element der Arbeit des Regionalbüros in und mit den Ländern. Darunter fällt auch die Arbeit mit den Gesundheitsdiensten: Im Zweijahreszeitraum konzentrierte sich diese hauptsächlich auf die Rüstung der nationalen

Gesundheitssysteme für gesundheitliche Aspekte von Katastrophen. Auf Grundlage von Empfehlungen zur Stärkung der Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems in Krisensituationen (2) arbeiteten 18 Mitgliedstaaten zusammen für eine Verringerung der katastrophenbedingten Risiken im Gesundheitsbereich.

### **Nordkaukasus**

Die Nordkaukasusregion der Russischen Föderation, insbesondere die 1,5 Mio. Menschen in den Republiken Tschetschenien, Inguschetien und Nordossetien, leiden unter den Folgen einer lang anhaltenden, von Konflikten und Armut gekennzeichneten humanitären Krise. Die russischen Gesundheitsbehörden arbeiten zusammen mit Partnern, u. a. dem Regionalbüro, an der Bewältigung der Herausforderungen im Bereich der Bevölkerungsgesundheit und konzentrieren sich dabei besonders auf die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen.

Zum Beispiel arbeitet das Büro eng mit UNICEF an der Ausdehnung der IMCI-Strategie zur Verringerung der Kindersterblichkeit und baut Kapazitäten für Geburtshilfe und Perinatalversorgung auf. Das Büro unterstützt weiter die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung in der Republik Tschetschenien und konzentriert sich dabei auf eine Verringerung der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind. Außerdem unterstützt es Programme, die psychiatrische und psychosoziale Hilfe für traumatisierte Kinder und Minenopfer anbietet.

Außerdem arbeitet das Regionalbüro mit seinen Partnern an einer Stärkung des Gesundheitssektors, damit dieser für den Katastrophenfall gerüstet ist und in einem solchen angemessen reagieren und Folgen mildern kann. In Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission legt das Büro gerade letzte Hand an ein gemeinsames Projekt der Vereinten Nationen zur Stärkung des Gesundheitssystems in Tschetschenien.

### **Kosovo (Serbien und Montenegro)**

Das humanitäre Programm der WHO im Kosovo konzentriert sich auf Gesundheitslage der im eigenen Land Vertriebenen, die in drei Übergangslagern nördlich von Mitrovica untergebracht sind. An diesem Schauplatz einer der schwierigsten Umweltkatastrophen der Europäischen Region wurden viele Probleme anfangs nicht richtig angegangen. Das Regionalbüro hat jedoch durch enge erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem UNMIK-Team im Kosovo Schritte in Richtung einer Lösung ermöglicht.

Neben den extrem unhygienischen Verhältnissen in den Lagern besteht zugleich eine Belastung durch mit Blei, weiteren Schwermetallen und Chemikalien verseuchten Böden, wie Untersuchungen im betroffenen Gebiet und Blutproben der Lagerbevölkerung deutlich zeigten. Jetzt packt die internationale Gemeinschaft das vor allem Kinder und Schwangere betreffende Übel an. Der erreichte Fortschritt ist sehr vielversprechend. Die Reaktion des Büros wurde hauptsächlich durch großzügige Unterstützung der Regierung Norwegens und starke politische Rückendeckung durch den serbischen Gesundheitsminister möglich.



© Scampix

*Überschwemmungen, wie 2005 in Rumänien, sind die häufigste Art von Naturkatastrophe in der Region.*

### **Vogelgrippe**

Außerdem mobilisierte das Regionalbüro in betroffenen Ländern wie der Türkei fachliche Unterstützung zur Rüstung der Gesundheitssysteme für humane Fälle aviärer Influenza in der Region. Das Büro arbeitet weiter mit den Mitgliedstaaten für eine erhöhte Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme, damit diese den gesundheitlichen Konsequenzen einer möglichen Grippepandemie standhalten können.

### **Naturkatastrophen**

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region wurden von mehreren Naturkatastrophen heimgesucht, vornehmlich in Form von durch Extremwetter verursachten Erdbeben und schweren Überschwemmungen. Auch wenn solche Katastrophen in den internationalen Massenmedien nur selten große Aufmerksamkeit erzielen, können sie die Lebensgrundlage der betroffenen Gemeinden zerstören und die örtlichen Gesundheitssysteme überfordern. Das Regionalbüro und seine Ländertteams haben Erkundungsbesuche vor Ort organisiert und für die Lieferung von lebenswichtigen Arzneimitteln und Nachschub in die betroffenen Gebiete gesorgt.

Im Anschluss an die Verwüstungen durch Seebeben und Tsunami in Südostasien traten mehrere Fachleute dem globalen Hilfsteam der WHO bei und unterstützten die Operationen des zuständigen WHO-Regionalbüros. In gleicher Weise hat das Regionalbüro Maßnahmen des WHO-Regionalbüros für den östlichen Mittelmeerraum nach dem Erdbeben in Pakistan unterstützt.

Die oben erwähnten Empfehlungen (2) betonen vier zentrale Funktionen des Regionalbüros in Krisenfällen:

1. Sammlung und Austausch von sachbezogenen Informationen,
2. Erkennen von Lücken in der Planung zur Vorbereitung und für Gegenmaßnahmen,
3. Koordinierung der Gesundheitsmaßnahmen und
4. Stärkung der Leistungsfähigkeit der örtlichen Systeme.

## Erzeugung von Ressourcen

### **Arzneimittel**

Das Regionalbüro hat Konzepte, Strategien und Vorschriften für Arzneimittel sowie Strategien für einen rationellen Gebrauch derselben unterstützt, wobei besonderes Gewicht auf die Zugänglichkeit gelegt wurde, die durch Auswahl- oder Kostenerstattungskonzepte gesichert kann.

Viele Länder in der Region haben von Programmen profitiert, die die Verfahren zur Auswahl und Regulierung von Arzneimitteln, den Zugang zu ARV, die Eindämmung antimikrobieller Resistenzen und die Patientensicherheit verbessern sollten.

Für den Bereich der pharmazeutischen Praxis hat das Regionalbüro im Mai 2005 eine CD-ROM herausgegeben (3), die alle Modellprogramme des EuroPharm-Forums sowie Werkzeuge zur Durchführung von Fachprogrammen auf nationaler Ebene enthält.

### **Humanressourcen für die Gesundheit**

Die menschlichen Ressourcen sind für die Gesundheitssysteme von entscheidender Bedeutung; Personalmangel würde einen Ausbau vordringlicher Gesundheitsmaßnahmen und das Erreichen der MDG verhindern. Im Zweijahreszeitraum wurden überall in der Region Aktivitäten umgesetzt zu den Themen Personalflucht, Akkreditierung medizinischer Grundausbildungsprogramme (mit der World Federation for Medical Education) und Krankenpflege.

Publikationen erschienen zum Beispiel über Pflege- und Hebammengrundausbildung in der Region (4) und über die Umsetzung der Münchener Erklärung zu Pflegenden und Hebammen als einem Plus für die Gesundheit (5). Das Regionalbüro hat im Dezember 2005 mit den für die Pflegeberufe zuständigen leitenden Beamten und Funktionären aus 85% der Mitgliedstaaten der Region eine Tagung zu Ausbildungsfragen veranstaltet.

### **Krankenhaustechnik**

Im Bereich Krankenhaustechnik konzentrierten sich die Aktivitäten auf konzeptionelle Weiterentwicklung, Qualitätssicherung, Patientensicherheit, HIV/Aids-Prävention und Blutsicherheit.

Im Rahmen der „3 bis 5“-Initiative hat das Regionalbüro die Prävention der nosokomialen HIV/Aids-Übertragung sowie eine verbesserte Gesundheitsversorgung und mehr Patientensicherheit unterstützt.

Im April 2005 wurde in Österreich durch ein Forum unter Beteiligung aller Länder aus dem Westen der Region der Dialog der Mitgliedstaaten zu Fragen der Patientensicherheit gestärkt. Im November 2005 organisierte das Regionalbüro in London zum Thema Patientensicherheit eine Tagung, deren Gastgeber als Land mit EU-Ratsvorsitz das Vereinigte Königreich war und an dem sämtliche 52 Mitgliedstaaten teilnahmen.

### ***E-Gesundheit***

Der Bedarf der Mitgliedstaaten nach Unterstützung und Diensten des Regionalbüros im Bereich von E-Gesundheit ist im Zweijahreszeitraum erheblich gestiegen, was sowohl Folge der zunehmenden E-Bereitschaft (mentale Empfänglichkeit und technische Voraussetzungen) als auch der Aufgaben und Zuständigkeiten ist, die eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung 2005 (6) beschreibt.

Die erste weltweite Situationsanalyse zu E-Gesundheit wurde 2005 durchgeführt, woran sich 52% der Mitgliedstaaten der Europäischen Region beteiligten und damit die oben skizzierte Zunahme dokumentierten. Die Untersuchungsergebnisse (7) dienten der Erarbeitung einer glaubwürdigen, machbaren Strategie und eines entsprechenden Arbeitsplans des Regionalbüros.

Auf Grundlage der Untersuchung wurden 2005 mehrere Seminare durchgeführt, die das Regionalbüro besser auf die Aktivitäten im Bereich von E-Gesundheit einstellen sollten. Heraus kam der Entwurf eines Positionspapiers, das zu einer Strategie führen sollte, an der sich künftige Aktivitäten des Regionalbüros orientieren könnten.

## **Gesundheitsfinanzierung**

Die Aktivitäten umfassten in erster Linie Länderarbeit in einem Rahmen, der länderspezifische Analysen von Leistung, Aufbau und Umfeld der Gesundheitsfinanzierungssysteme als Grundlage für die Beurteilungen und Empfehlungen erleichtert. Die Arbeit erfolgte in vielen Mitgliedstaaten aus der gesamten Region und konzentrierte sich prinzipiell auf Dialog, Analyse und Empfehlungen zu Gesundheitsfinanzierungskonzepten. Zusätzlich wurde Anleitung im Gebrauch nationaler Gesundheitskonten gegeben.

Neu war die Aufnahme der Arbeit zu Schnittstellen zwischen Gesundheitsfinanzierung und konkreter Krankheitsbekämpfung oder anderen vertikalen Programmen. So arbeiteten zum Beispiel die Programme des Regionalbüros für Gesundheitsfinanzierung, Tb und HIV/Aids gemeinsam an der Überwindung systembedingter Hindernisse für wirksame Maßnahmen gegen Tb und HIV in den baltischen Ländern.

Auf Ebene der Region haben das Regionalbüro und das Weltbankinstitut während des Zweijahreszeitraums im Rahmen einer förmlichen Partnerschaftvereinbarung sieben Flaggschiff-Lehrgänge zur Reform des Gesundheitswesens und dessen nachhaltiger Finanzierung sowie zu Armut, Gerechtigkeit und Gesundheitssystemen durchgeführt (vier regionsweite, zwei für Ländergruppen und einen für ein einzelnes Land). Neben dem Aufbau von Kapazitäten dienten diese Kurse als wichtiger Ausbreitungsweg des Gesundheitsfinanzierungsansatzes des Büros in der Region.



Intensiv wurde versucht, die Qualität der jährlich für den Weltgesundheitsbericht (8) vorgenommenen Gesundheitsausgabenschätzungen in den Ländern der Europäischen Region zu verbessern. Das bisher zurückhaltende Meldeverhalten über private Gesundheitsausgaben besserte sich dadurch in vielen Ländern im Osten der Region.

Das Regionalbüro möchte auf den Erfolgen dieses Zweijahreszeitraumes aufbauen und damit das gemeinsame Lernen aus den Erkenntnissen fördern. Insbesondere der oben erwähnte Rahmen für Gesundheitsfinanzierungssysteme, die aus der Unterstützung der Länder gewonnenen Erfahrungen und die verbesserten Schätzungen der Gesundheitsausgaben werden in eine neue Untersuchung einfließen, die Regionalbüro und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik über die Lehren aus der Umsetzung der Gesundheitsfinanzierungsreformen aus den Ländern und für die Länder im Umbruch durchführen wollen.

## **Aufsichts- und Schutzfunktion und Führung im Gesundheitswesen**

### ***Die Rolle der Gesundheitsministerien***

Die Stärkung der Aufsichts- und Schutzfunktion der Ministerien war eine Priorität in der Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme vieler Länder. Die GUS-Länder und die MOE-Länder stehen beim Rollenwechsel ihrer Gesundheitsministerien vom Anbieter zum Hüter des Gesundheitswesens vor erheblichen Herausforderungen. Diese Aufgabe erfordert politischen Willen, organisatorische Reformen und einen intensiven Kapazitätsausbau. Im Zweijahreszeitraum unterstützte das Regionalbüro die Mitgliedstaaten durch:

- Konzeptionelle Beratung und Orientierung zur Fortentwicklung ihrer nationalen Gesundheitskonzepte und strategischen Pläne für den Gesundheitssektor,
- Bereitstellung von Erkenntnissen über wirksame Konzepte und die Erleichterung des Erfahrungsaustausches unter den Ländern und
- Organisation von Grundsatzdialogen und Foren für Akteure.

Beispiele hierfür waren u. a.:

- ein Grundsatzdialog 2005 in Tallinn, Estland, über Gesundheitsfinanzierungsreformen,
- Grundsatzgespräche in Moskau, Russische Föderation, über die primäre Gesundheitsversorgung, in Georgien über die Schutz- und Aufsichtsfunktion und über Finanzierung und in Wilna, Litauen, über Personalkonzepte zur Verbesserung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems,
- eine Tagung im April 2005 in Madrid, Spanien, bei der Entscheidungsträger aus Bulgarien, Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, den Niederlanden, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, der Tschechischen Republik, der Türkei, Ungarn, dem Vereinigten Königreich und Zypern und die Europäische Kommission zusammenkamen und

- im November 2005 ein Workshop in Banja-Luka, Bosnien-Herzegowina, über den richtigen Mix aus öffentlich und privat und die Regulierung im Gesundheitssektor.

In anderen Ländern, wie Armenien und Kasachstan, begann das Regionalbüro mit dem Prozess der Errichtung und Institutionalisierung der Leistungsbewertung im Gesundheitssystem.

### **Zukunftsforen**

Das Regionalbüro veranstaltete vier Zukunftsforen für leitende politische Akteure aus Ländern, in denen das Regionalbüro keine Länderbüros unterhält. Die politischen Akteure erhalten durch diese Foren die Gelegenheit zum Erfahrungs- und Wissensaustausch über eine Steuerung ihrer Gesundheitssysteme, die sie den Bedrohungen für die Gesundheit der Bevölkerung gewachsen sein lässt.

- Das Forum über Krisenkommunikation, dessen Gastgeber Island war, leitete aus Länderfallstudien zu SARS, Vogelgrippe und Dioxinbelastung der Umwelt eine Reihe von Optionen und Instrumenten her, die führenden Gesundheitsverantwortlichen des Staates bei der Kommunikation in Krisensituationen helfen sollen.
- Das Forum in Malta über unpopuläre Entscheidungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit stellte eine Reihe unterschiedlicher Mittel vor, mit denen die Akzeptanz gesteigert werden kann zum Beispiel für Maßnahmen der Tabakbekämpfung, für Schadensminderung bei Alkohol, für die Streichung von Krankenhausbetten oder für Nutzergebühren im Gesundheitsdienst.
- Das Forum in Österreich zur Organisation von Patientensicherheit übertrug den Schwung des globalen Bündnisses für Patientensicherheit in die Europäische Region und baute dabei auf Aktivitäten des Vereinigten Königreiches während dessen EU-Ratsvorsitz im zweiten Halbjahr 2005 auf.
- Das Forum über Gesundheitssysteme und öffentliche Teilhabe lieferte einen gedanklichen Rahmen und konkrete Werkzeuge für führende Gesundheitspolitiker zur Erhöhung der öffentlichen Beteiligung an den Grundsatzentscheidungen.

Das Regionalbüro veröffentlicht die Ergebnisse der Foren in Kurzform auf Englisch und Russisch (9), einige Gesundheitsministerien lassen manche davon in ihre Landessprachen übersetzen.

## **Literatur**

1. Länderinformation [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/countryinformation?language=German>).
2. *Strengthening health systems' response to crisis: towards a new focus on disaster preparedness. Report on a WHO workshop, Skopje, The former Yugoslav Republic of Macedonia, 13–15 July 2004.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87920.pdf>).

3. de Boer W, Bult K, Teräsalmi E et al. *The EuroPharm Toolbox. A CD-ROM for professional management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/EPF/Activities/20050720\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/EPF/Activities/20050720_1)).
4. Fleming V, Holmes A. *Basic nursing and midwifery education programmes in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e86582.pdf>).
5. Büscher A, Wagner L. *Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Health. Analysis of implementation of the Munich Declaration 2004*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e86640.pdf>).
6. World Health Assembly resolution WHA 58.28 on eHealth. In: *Fifty-eighth World Health Assembly. Geneva, 16–25 May 2005. Resolutions and decisions annex*. Geneva, World Health Organization, 2005:108–110 (document WHA58/2005/REC/1; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf)).
7. *E-health tools and services. Needs of the Member States*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/kms/initiatives/tools\\_and\\_services\\_final.pdf](http://www.who.int/kms/initiatives/tools_and_services_final.pdf)).
8. The world health report [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/en>).
9. Futures Fora. Publications [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/futuresfora/publications/publications>).

## 3. Übertragbare Krankheiten

---

Ausgaben: 32 843 283 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 20,5%

---

Bedienstete: 95, davon 47 vor Ort

---

Trotz erheblicher Fortschritte der meisten Mitgliedstaaten in der Bekämpfung ansteckender Krankheiten sind diese weiter eine wichtige Ursache für Erkrankung und Tod und damit von großer Dringlichkeit für die Gesundheitspolitik in der Region. Zu den wichtigsten Prioritäten zählen die epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen sowie die Bekämpfung der durch Impfung vermeidbaren Krankheiten, Tb, STI, HIV/Aids und Malaria.

Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten zunehmend bei der Entwicklung und Verbesserung von Konzepten, Systemen und Interventionen unterstützt, mit deren Hilfe Mortalität und Morbidität aufgrund wichtiger übertragbarer Krankheiten verringert sowie Gefahren durch Krankheiten mit Epidemietendenz sowie pandemische und neu auftretende Infektionskrankheiten schnell entdeckt, erkannt und beantwortet werden sollen. Vogelgrippe und die Planungsvorbereitungen der Länder auf ein mögliches neues Grippepandemievirus sind in jüngster Zeit in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

### Epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen

#### ***Bekämpfung übertragbarer Krankheiten***

Das Regionalbüro hat nationale Kapazitäten für die Aufdeckung von Ausbrüchen und für Gegenmaßnahmen unterstützt. Besondere Schlüsselbereiche wurden weiter entwickelt: Überzeugungsarbeit und Partnerschaften wurden gestärkt, Frühwarn- und Reaktionskapazitäten sowohl auf Länder- als auch auf Regionalebene weiter entwickelt, nationale Surveillance-Systeme allgemein gestärkt und Netzwerke zur besseren Zusammenarbeit der Länder ausgebaut.

Im Rahmen der Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (1) fand mit finanzieller Unterstützung der Schweizer Regierung eine regionale Konsultation der 52 Mitgliedstaaten der Region statt.

#### ***Aufbau von Kapazitäten***

Priorität wurde der Unterstützung von Ländern in Südosteuropa und in der GUS gegeben, wo die Surveillance-Systeme noch nicht ganz für die rechtzeitige Aufdeckung und Untersuchung des Auftretens infektiöser Krankheiten sowie entsprechende Gegenmaßnahmen gerüstet waren.

Gründliche Bewertungen in Bulgarien und Kasachstan führten in Bulgarien zu einem EU-finanzierten Projekt zur Verbesserung des Surveillance-Systems. Fachunterstützung wurde 20 Ländern zuteil. Dazu

zählten Workshops über übertragbare Krankheiten und Fachbeistand, mit deren Hilfe die Mitgliedstaaten nationale Pläne und Projektvorschläge zur Stärkung der Surveillancesysteme erarbeiten sollten.

Ein anderer Teil der Arbeit diente der Prävention und Bekämpfung priorisierter Krankheiten in ausgewählten Ländern, dem Ausbau von Frühwarnsystemen und der Anwendung geografischer Informationssysteme. Das Regionalbüro unterstützte auch nationale Pläne zur Eindämmung drohender antimikrobieller Resistenz. Zwei größere Ausbrüche wurden untersucht: Q-Fieber in Bosnien-Herzegowina und Hämorrhagisches Krim-Kongo-Fieber in der Türkei.

Daneben wurden in Verbindung mit einer Konsultation über im Krankenhaus erworbene Infektionen Workshops für die an der Initiative für sozialen Zusammenhalt des Stabilitätspaktes für Südosteuropa beteiligten Länder organisiert.

Das Büro unterstützte die 25 EU-Mitgliedstaaten bei der Teilnahme an Beratungs- und Expertenforen wie der Gesundheitssicherheitsgruppe von DG SANCO und dem Beirat des ECDC.

Außerdem wurde die Alarmbereitschaft des Büros sowie seine Kapazität zu Verifizierungs- und Gegenmaßnahmen bei Ausbrüchen gestärkt und ein systematischeres Verfahren für den Umgang mit Alarmgerüchten und deren gemeinsame Verfolgung mit den Mitgliedstaaten geschaffen.

### ***Ausweitung der Überzeugungsarbeit und der Partnerschaften***

Überzeugungsarbeit und partnerschaftliche Beziehungen wurden durch eine regelmäßig aktualisierte Website (2) und das vierteljährliche Bulletin *CD news* (3) gepflegt.

Das Büro erhält für seine Arbeit im Bereich der übertragbaren Krankheiten finanzielle und personelle Unterstützung von den Regierungen Belgiens, Frankreichs, Schwedens, der Schweiz und des Vereinigten Königreichs, von einem Partnerschaftsprogramm der Niederlande und der Asiatischen Entwicklungsbank.

## **Vogelgrippe und Influenzapandemiegefahr**

Die Gefahr einer Influenzapandemie wird seit mehreren Jahren diskutiert und ist – mit der zunehmenden Ausbreitung des Vogelgrippevirus H5N1 in Südasien – für Mitgliedstaaten der Europäischen Region von Belang, insbesondere für Anrainerstaaten Chinas wie Kasachstan, Kirgisistan, die Russische Föderation und Tadschikistan. Im Jahr 2004 führten Erörterungen mit mehreren Mitgliedstaaten und DG SANCO zu einer Initiative zur Stärkung der nationalen vorbereitenden Planung auf eine mögliche Pandemie durch ein neues Grippevirus. Das Regionalbüro veranstaltete im März 2005 den ersten Workshop der Region zur Pandemieplanung in Zusammenarbeit mit DG SANCO und einen weiteren im Oktober 2005 mit DG SANCO und dem ECDC (4,5).

Erste H5N1-Ausbrüche wurden im Sommer 2005 in der Russischen Föderation und in Kasachstan gemeldet. Gemeinsam besuchten Experten von Regionalbüro, DG SANCO und ECDC sechs Länder, um die Stärken und Schwächen der nationalen Pläne gegen Grippe und zunehmend auch Vogelgrippe zu bewerten. Eine bessere Überwachung der saisonalen Grippe und insbesondere die Laborkapazität zur Diagnose der humanen Grippe rückte in allen Mitgliedstaaten stärker in den Mittelpunkt des Interesses.

Außerdem leitete das Regionalbüro Expertenmissionen zur Stärkung der nationalen vorbereitenden Planung in sechs Ländern (Griechenland, Kasachstan, Polen, Rumänien, Türkei und Vereinigtes Königreich) und zur Bewertung des Risikos einer H5N1-Übertragung von Geflügel auf Menschen in den betroffenen Ländern, zu denen 2005 Rumänien und die Ukraine zählten. Schließlich beteiligte sich das Büro an Beistandsmissionen zur Erarbeitung integrierter Projektvorschläge für einen Kapazitätsausbau in nationalen Grippepandemieplänen, die von der Weltbank koordiniert wurden.

## Durch Impfung verhütbare Krankheiten und Immunisierung

### *Nachhaltige Fortschritte im Kampf gegen durch Impfung verhütbare Krankheiten*

Das Regionalbüro hat eine Reihe von Initiativen zur Bekämpfung von Krankheiten erarbeitet wie zur Ausrottung der Kinderlähmung, Bekämpfung von Diphtherie, Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion. Diese Initiativen bieten eine wichtige Chance zur Ankurbelung der Regelimpfprogramme.

Die Region hat in Bezug auf die Bereitstellung und Erhaltung von Impfangeboten Fortschritte erzielt. In den meisten Ländern liegt der Impferfassungsgrad über 90%. Die Aufnahme neuer, noch zu wenig genutzter Impfstoffe in die Regelimpfung wurde in der ganzen Region beschleunigt. Namentlich wird ein Rötelnimpfstoff jetzt in 48 Ländern eingesetzt, eine allgemeine Impfung gegen Hepatitis B wurde



© WHO

*In den meisten Ländern der Region liegt der Impferfassungsgrad über 90%.*

in 44 Ländern eingeführt. Bis 2005 hatten 33 Länder den Hib-Impfstoff eingeführt und regelmäßig eingesetzt, in den meisten Ländern führte dies zu einem bemerkenswerten Rückgang der Hib-Inzidenz.

Ein großer Erfolg und ein historischer Meilenstein war die Zertifizierung der Region als poliofrei im Jahr 2002. Im Laufe des Zweijahreszeitraums bewahrte die Region diesen Zustand dank starker Polio-Surveillance und qualitätsgesicherter Labortätigkeit (6). 2005 schloss die Europäische Region als erste WHO-Region die Phase I zur Eindämmung der Polioviren ab.

Die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion rückten näher, als 28 Länder das Kriterium für die Masernelimination einer Inzidenz von weniger als 1 pro Millionen Einwohner erfüllten. Das Regionalbüro unterstützte Kampagnen gegen Masern und Röteln in Italien, Kasachstan, Tadschikistan, der Türkei, Weißrussland und Zypern. Die größte Kampagne erfasste 19,8 Mio. Kinder. Die Resolution des Regionalkomitees von 2005 zur Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention der kongenitalen Rötelninfektion (7) sicherte dem Ziel politisches Engagement und Vorrangigkeit. Die weitere Strategie (8) besteht darin, Surveillance und Impfgrad durch eine Stärkung des Impfwesens zu verbessern, ein unter den WHO-Regionen einzigartiger Ansatz.

### ***Ausbau der Impfkapazitäten***

Das Regionalbüro richtete seine Unterstützung für die Länder auf den Ausbau der Kapazitäten zur Stärkung der Impfsysteme, die Förderung sicherer, qualitativ hochwertiger Impfpraktiken und die Verbesserung von Surveillance und Beobachtung. Die Mitgliedstaaten erhalten konzeptionelle und fachliche Unterstützung:

1. Zur Erarbeitung und Überarbeitung ihrer nationalen Impfkonzeppte und -pläne,
2. für Schulungen zum Aufbau der Leitungs- und Fachkapazitäten auf gesamt- und teilstaatlicher Ebene,
3. zur Leistungsbeobachtung und -bewertung,
4. für die Koordinierung von Aktivitäten und
5. für Überzeugungsarbeit, Vermittlung und Partnerschaft.

Zum Beispiel wurden auf die Länder zugeschnittene Projekte zur Stärkung des Informationsmanagements und zur Beobachtung der Leistung auf Distriktebene in Bulgarien, der Republik Moldau, der Ukraine und Weißrussland durchgeführt. Eine Strategie zur Erreichung jedes Distrikts (9) wandte innovative Methoden an – wie nachhaltige aufsuchende Arbeit in Armenien, Aserbaidschan, Georgien und Tadschikistan – um schwer zu fassende vulnerable Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Das Verständnis der Regierungen für die Kosten, Finanzierungsmechanismen und Wirksamkeit der Impfprogramme wurde gestärkt, insbesondere in den GAVI-berechtigten Ländern. Dadurch wurden die Eignerschaft der Länder an den Impfdiensten und ihre Verantwortung für deren Nachhaltigkeit, hohe Qualität und Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen erneut bekräftigt. Das Regionalbüro leistete Fachunterstützung, u. a. Schulungen, um nachhaltige langfristige Impfpläne in den Ländern sicherzustellen.

Weitere Verbesserungen wurden an dem Internetdienst CISID (10) vorgenommen, mit dessen Hilfe Informationen über Infektionskrankheiten gesammelt, analysiert und beobachtet werden.

### ***Ausgedehnte Überzeugungsarbeit für den Impfschutz***

Die erste Impfwoche der Europäischen Region (11) im Oktober 2005 wurde als Erfolg begrüßt. Mindestens zehn Mitgliedstaaten beteiligten sich daran, sechs davon mit fachlicher und (in einigen Fällen) finanzieller Unterstützung des Büros: die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Irland, Italien, Serbien und Montenegro, Tadschikistan und Weißrussland.

Durch die Impfwoche sollte das Bewusstsein geschärft und Überzeugungsarbeit für Impfschutz mit der zentralen Botschaft geleistet werden, dass Impfungen für jedes Kind lebenswichtig sind. Die Mitgliedstaaten nutzten die Woche:

- Um sichere Impfpraktiken zu fördern,
- Leistungserbringer und Eltern aufzuklären
- für Impfschutz in besonderen Gruppen zu werben und/oder
- die Durchimpfungsrate der vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu erhöhen.

Die Initiative soll jährlich wiederholt werden und immer mehr Mitgliedstaaten einbeziehen.

### ***Finanzierung und Partnerschaften***

Die Zusammenarbeit mit traditionellen Partnern wie UNICEF, CDC, USAID, GAVI, CIDA, der Regierung der Niederlande, dem Kinderimpfprogramm von PATH, Rotary International und der Weltbank wurde fortgesetzt.

Engere Verbindungen wurden mit neuen Partnern aufgebaut, insbesondere dem ECDC, der Vishnevskaya-Rostropovich-Stiftung, der March-of-Dimes- und der Hib-Initiative. WHO-Partner bei der GAVI-finanzierten beschleunigten Entwicklung und Planung neuer Impfstoffe schließen das CDS, die Johns-Hopkins-Universität und die London School of Hygiene and Tropical Medicine mit ein.

### ***Wichtigste Herausforderungen***

Etwa 600 000 Kinder in der gesamten Europäischen Region sind immer noch nicht geimpft und daher für vermeidbare Krankheiten empfänglich. Vulnerable Bevölkerungsgruppen gibt es noch in jedem Land, was große Ungleichheiten in den Durchimpfungsraten in und unter den Ländern widerspiegelt. Die wichtigsten Herausforderungen bestehen in der Sicherung der Dienste, der politischen Entschlossenheit, des öffentlichen Bewusstseins und der Aufrechterhaltung der Forderung nach Impfdiensten.



## Antworten auf die Tb-Krise

### *Bekämpfung der Tuberkulose*

Tb ist in vielen MOE-Ländern und GUS-Staaten außer Kontrolle. Daher rief das Regionalkomitee im Jahr 2002 zu einer Ausweitung der Gegenmaßnahmen auf (12).

Von den 52 Mitgliedstaaten setzen 43 die DOTS-Strategie in gewissem Umfang um, das sind 34 mehr als 2001. Ca. 30 Länder haben DOTS landesweit als Teil der nationalen Tb-Bekämpfungsstrategie umgesetzt. Im Durchschnitt sind 47% der Bevölkerung in der Region gegenwärtig durch Leistungen aufgrund der DOTS-Strategie versorgt (gegenüber 17% im Jahr 2001).

Als Antwort auf die Epidemie der MDR-Tb in der Europäischen Region wurden die DOTS-Plus-Modellversuche in Estland, Lettland und drei Bezirken der Russischen Föderation ausgeweitet. Außerdem wurden elf neue Projekte in acht Ländern in Zusammenarbeit mit dem Grünes-Licht-Ausschuss der WHO genehmigt (in Aserbaidshan, Georgien, Kirgisistan, Litauen, der Republik Moldau, Rumänien, der Russischen Föderation und Usbekistan). Daneben wurde Ende 2004 beim staatlichen Tb- und Lungenkrankheiten-Zentrum in Lettland ein WHO-Kooperationszentrum zu Forschung und Lehre im Bereich MDR-Tb-Management eingerichtet.

Eine Spende der GTZ versetzte das Regionalbüro in die Lage, bei der Erarbeitung von Projektvorschlägen mit Tb-Komponenten für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria mitzuwirken. In der fünften Bewerbungsrunde wurden zwölf Länder bei der Vorschlagserstellung durch das Büro unterstützt, acht legten dem Fonds Anträge vor, davon wurden vier genehmigt.

### *Aufbau von Kapazitäten*

Die Befähigung der Gesundheitssysteme zu einer wirksamen Tb-Bekämpfung ist eine der vordringlichsten Aufgaben der Region. Das war auch Thema einer Fachgruppentagung im Jahr 2005, die sich mit einem Papier zu Aufgaben und Möglichkeiten der Gesundheitssysteme in den baltischen Staaten und der GUS befasste.

In enger Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Finanzierungspartnern ist das Regionalbüro bei der Tb-Bekämpfung in den Ländern federführend. Durch die Ausweitung der Tb-Programme des Regionalbüros und der Länderbüros hat sich die Tb-Bekämpfung in den Balkanländern, dem Kaukasus, Zentralasien, der Russischen Föderation, der Ukraine und der Region insgesamt substantiell verbessert.

Außerdem hat das Regionalbüro zur Förderung von Maßnahmen gegen den steilen Anstieg der HIV-bedingten Tb zwei Projekte zum Thema Tb/HIV-Koinfektionen auf den Weg gebracht. Das eine wurde von der französischen Regierung unterstützt und konzentrierte sich auf die baltischen Länder, das andere wurde von der niederländischen Regierung unterstützt und befasste sich mit der Personalentwicklung in der Region und in Ländergruppen.

### ***Wichtigste Herausforderungen***

Tb ist weiter eine ernste Bedrohung für die Bevölkerungsgesundheit in der Region und führte 2004 zu fast 69 000 gemeldeten Sterbefällen und 450 000 neuen Fällen, davon 80% im Osten der Region. Das sind mit die höchsten Zahlen der vergangenen zwei Jahrzehnte. Im Westen der Region haben soziale Marginalisierung und Immigration aus Ländern mit hoher Tb-Belastung in manchen Gegenden, vor allem in Großstädten, zu steigender Inzidenz geführt.

Wichtige Hindernisse für eine wirksame Tb-Bekämpfung in der Region liegen in der hohen MDR-Tb-Rate, vor allem in Ländern der ehemaligen Sowjetunion, in dem rapiden Anschwellen der HIV-Epidemie im Osten der Region und in dem noch begrenzten politischen und finanziellen Engagement für die Tb-Bekämpfung.

Der WHO-Regionaldirektor für Europa erklärte im Februar 2005 in einem Schreiben Tb zu einem Notstand der Region und rief alle Mitgliedstaaten mit hoher Tb-Belastung dazu auf, ihre Ausgaben für rationale Strategien im Rahmen der Gesundheitssysteme zur Bewältigung der Krankheit und der sie befördernden gesellschaftlichen Bedingungen zu erhöhen. Der Regionaldirektor forderte auch die wohlhabenderen Länder der Region und die EU dazu auf, der Krise mehr Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen und ihre finanziellen Beiträge für die Tb-Bekämpfung zu erhöhen. Im Oktober 2006 wird ein Ministerforum der Europäischen Region dem Thema gewidmet sein.

## **STI und die HIV/Aids-Epidemie**

Seit das Regionalkomitee im Jahr 2002 nach verstärkten Maßnahmen gegen HIV/Aids rief (13) sind STI und die HIV/Aids-Epidemie eine der wichtigsten Prioritäten des Regionalbüros. Nach Schätzungen leben ca. 2,3 Mio. Menschen in der Europäischen Region mit HIV/Aids und die Zahl der HIV-Fälle und der Aids-Sterbefälle nimmt signifikant zu.

Während des Zweijahreszeitraums wurden in der gesamten Region viele STI-Ausbrüche gemeldet. Ausbrüche von Syphilis, Gonorrhö, Chlamydia und weiteren STI betreffen oft unverhältnismäßig stark vulnerable Gruppen, darunter auch Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten oder Menschen, die mit HIV/Aids leben. Sie sind Indikatoren für eine insgesamt zu beobachtende Abnahme der Präventionsbemühungen in der Region.

### ***Erfüllung des „3 bis 5“-Ziels der Region***

Menschen mit HIV führen in Ländern, die HAART anbieten, ein fast normales Leben mit signifikant größerer Lebensqualität und längerer Lebenserwartung.

Die „3 bis 5“-Initiative von WHO/UNAIDS zielte auf einen erweiterten Zugang zu dieser lebensrettenden Behandlung. Die Europäische Region hat ihr Ziel erreicht: Die Zahl der HAART anbietenden Länder ist signifikant gestiegen, ca. 100 000 Patienten wurden zusätzlich in Behandlungsprogramme aufgenommen. Dennoch wächst die Behandlungslücke weiter ebenso wie die Anzahl der Menschen, die HIV erwerben und Aids ausbilden, vor allem im Osten der Region.

Nach Ende der Initiative ist es an der Zeit zu überlegen, wie das grundlegende Ziel des globalen WHO-Plans (14) schnell erfüllt werden kann: der universelle Zugang zu Prävention, Therapie, Versorgung und Hilfsdiensten bis 2010.

### ***Normative Orientierung und fachliche Unterstützung***

Um den Zugang zu ART zu erweitern, wurden Gesundheitsfachkräfte mit dem aktuellen Behandlungs- und Versorgungsangebot vertraut gemacht, das mit HIV/Aids lebenden Menschen angeboten werden sollte. 2004 veröffentlichte das Regionalbüro HIV/Aids-Behandlungs- und Versorgungsprotokolle für die GUS (15). Diese werden derzeit überarbeitet und erweitert.

Ein signifikanter Preisrückgang bei ARV wurde Ende 2005 durch Spenden des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und Darlehen der Weltbank für HIV/Aids-Programme in 19 Mitgliedstaaten sowie mit Unterstützung der Länderteams des Regionalbüros erreicht. In einer Reihe von Ländern spielte das Büro eine zentrale Rolle für:

- Modellversuche einer erfolgreichen Ressourcenmobilisierung für ausgeweitete Schadensminderung,
- stärkere Beteiligung der mit HIV/Aids lebenden Menschen an der Beschlussfassung und ART-Dienstleistung,
- die Unterstützung der Annahme standardisierter evidenzbasierter Therapiepläne und
- die Ausbildung von Dienstleistern in ART und wichtigen Präventionsmaßnahmen.

### ***Aufbau von Kapazitäten***

Das Regionalbüro und die GTZ arbeiteten zusammen beim Aufbau von Kapazitäten für ausgedehnte Maßnahmen gegen HIV/Aids. Mithilfe des vereinten Wissens und Könnens der gesamten Region arbeiteten sie an der Schaffung nachhaltiger Mechanismen zur Personalentwicklung in den Bereichen Prävention, Therapie und Versorgung von STI/HIV/Aids. Drei Wissenszentren wurden geschaffen (16):

- In Zagreb, Kroatien, zur Surveillance, Beobachtung und Auswertung von STI/HIV/Aids,
- in Wilna, Litauen, zur Schadensminderung für injizierende Drogenkonsumenten und
- in Kiew, Ukraine, zur Behandlung und Versorgung von HIV/Aids.

Sie entwickelten Lehrpläne und -materialien auf Grundlage von WHO-Leitlinien und -Standards für eine qualitative hochwertige, andauernde Ausbildung.

Über 40 Kurse wurden in dem Zweijahreszeitraum veranstaltet, an denen über 700 Leistungserbringer aus fast allen MOE-Ländern teilnahmen. Sie sollten die wichtigsten Fähigkeiten erwerben, damit die Prävention, Therapie und Versorgung im Zusammenhang mit STI/HIV/Aids eingeführt oder ausgeweitet werden konnte.

### ***Finanzierung und Partnerschaften***

Seit der Erklärung von Dublin über Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien (17) hat das Regionalbüro strategische Partnerschaften mit der Europäischen Kommission, darunter ECDC und EMCDDA, Forschungszentren wie EuroHIV und dem Kopenhagener HIV-Programm und NGO wie EATG, CEE-HRN und AIDS Action Europe aufgebaut und gepflegt.

### ***Wichtigste Herausforderungen***

Gegen Ende 2005 zählten zu den wichtigsten Herausforderungen der Abbau des allgegenwärtigen Stigmas von HIV/Aids und der diskriminatorischen Haltungen unter Leistungserbringern sowie die Beseitigung gesetzlicher Hindernisse für lebenswichtige Prävention, Therapie und Versorgung vulnerabler Gruppen.

Das Schließen der Lücke zwischen Ost und West und die Sicherung einer nachhaltigen Versorgung mit universeller STI/HIV/Aids-Prävention, -Therapie und -Versorgung erfordert eine Umgestaltung des Systems ihrer Erbringung. Derart umgestaltete Systeme werden den Zugang zu sicheren, wirksamen, bezahlbaren und gerecht angewendeten Mitteln und Programmen ermöglichen und sichern.

## **Maßnahmen gegen Malaria intensivieren**

### ***Bekämpfung der Malaria***

Der Kampf gegen die Malaria wurde nach Billigung einer Resolution durch das Regionalkomitee (18) im Jahr 2002 intensiviert. Das Ziel heißt Verminderung der Malariafolgen für die Gesundheit der Bevölkerung auf das geringstmögliche Maß mit den verfügbaren finanziellen und humanen Mitteln und den vorhandenen Techniken und Instrumenten.

Das Regionalbüro unterstützte die Länder bei der Verhütung von malariabedingten Sterbefällen, der Eindämmung von Epidemien, der weiteren Reduzierung der Inzidenz, der Prävention einer Wiederkehr der Malariaübertragung und der Erhaltung des malariafreien Zustands in Ländern und Territorien, aus dem die Krankheit eliminiert war. Dazu hat sich das Regionalbüro darauf konzentriert:

1. Die Maßnahmen der Partnerschaft zum Zurückdrängen der Malaria in der Region in Ländergruppen zu intensivieren,
2. die nationalen Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung zu stärken,
3. in Personalentwicklung und Kapazitätsaufbau zu investieren,
4. die Fähigkeiten zum Krankheitsmanagement zu verbessern,
5. die Fähigkeiten zur Eindämmung und Verhütung von Epidemien zu stärken,
6. kostenwirksame Maßnahmen zu fördern,
7. die Surveillance und die Fähigkeit zum Operations Research zu verstärken,
8. die Mobilisierung der Betroffenen zu sichern und
9. die sektorübergreifende Kooperation auszuweiten.

Im Zweijahreszeitraum ergriffen die von der Malaria betroffenen und vom Regionalbüro unterstützten Länder und seine Partner alle möglichen Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie.

Ebenfalls im Zweijahreszeitraum gab der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria Zuschüsse an Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan zur Unterstützung ihrer nationalen Maßnahmen gegen Malaria. Als Folge hiervon fiel die Zahl der gemeldeten Fälle von 2003 bis 2005 um fast ein Drittel. Einer großen Epidemie in der Region wurde Einhalt geboten und die Malariainzidenz so stark verringert, dass die Unterbrechung der Übertragung in einigen Ländern in den kommenden Jahren möglich sein dürfte.

### **Wichtigste Herausforderungen**

Eine einzigartige Gelegenheit ist geschaffen worden, von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria überzugehen. Zur Bekräftigung ihrer Absicht zur Annahme dieser Herausforderung billigten alle von der Malaria betroffenen Länder der Region 2005 in Taschkent, Usbekistan, eine Erklärung zum Übergang von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria (19).

Trotz der deutlichen Erfolge im Kampf gegen die Malaria stehen nationale Malariabekämpfungsprogramme weiter vor einer Reihe von Problemen und Beschränkungen, hauptsächlich finanzieller Natur.

## **Literatur**

1. International Health Regulations (IHR) [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/csr/ihr/en/>).
2. Communicable disease surveillance and response [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/surveillance>).
3. *CD news* [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/surveillance/publications/20030422\\_2](http://www.euro.who.int/surveillance/publications/20030422_2)).
4. *Pandemic influenza preparedness planning. Report on a joint WHO/European Commission workshop, Luxembourg, 2–3 March 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E86578.pdf>).
5. *Pandemic influenza preparedness planning. Report on the second joint WHO/European Commission workshop, Copenhagen, 24–26 October 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88206.pdf>).
6. Polio eradication [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/vaccine/20030724\\_4](http://www.euro.who.int/vaccine/20030724_4)).
7. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC55/R7: *Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch die Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_3?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_3?language=German)).

8. *Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123_1?language=German)).
9. The RED strategy [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/immunization\\_delivery/systems\\_policy/red/en/index.html](http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/red/en/index.html)).
10. CISID [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>).
11. European Immunization Week [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/vaccine/20050608\\_1](http://www.euro.who.int/vaccine/20050608_1)).
12. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC52/R8: *Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_5?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=German)).
13. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC52/R9: *Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_4?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_4?language=German)).
14. *WHO's contribution to universal access to HIV/AIDS prevention, care and treatment*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/UA2010document.\\_en\\_12may06.pdf](http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/UA2010document._en_12may06.pdf)).
15. *HIV/AIDS treatment and care. WHO protocols for CIS countries. Version 1*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83863.pdf>).
16. WHO/GTZ back-up initiative. Knowledge hubs: strengthening countries' capacity to get access and use large grants [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/aids/partners/20040319\\_1](http://www.euro.who.int/aids/partners/20040319_1)).
17. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018\\_1](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1)).
18. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC52/R10: *Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_3?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_3?language=German)).
19. *Experts say WHO European Region ready to move from malaria control. Malaria-affected countries sign a declaration in Tashkent, Uzbekistan*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Note for the Press EURO 18/05; [http://www.euro.who.int/PressRoom/pressnotes/20051020\\_2](http://www.euro.who.int/PressRoom/pressnotes/20051020_2)).

## 4. Nichtübertragbare Krankheiten

---

Ausgaben: 19 021 388 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 11,9%

---

Bedienstete: 53, davon 5 vor Ort

---

In den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Lebensweisen, Gesundheitsdeterminanten und Gesundheit von Familie und Gemeinschaft wurden gute Fortschritte erzielt.

Auf der Ebene der Region wurden strategische Handlungsrahmen und regionale Aktionspläne für die Bereiche Alkoholpolitik, Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie (nach der WHO-Konferenz im Januar 2005) psychische Gesundheit entwickelt und verabschiedet. Das Regionalbüro hat zur Koordinierung der Bemühungen um die Annahme des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beigetragen, des ersten weltweit verbindlichen Vertrags auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit. Ende 2005 waren mehr als die Hälfte der Länder der Region sowie die Europäische Kommission dem Übereinkommen beigetreten. Die Entwicklung einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten befindet sich in der entscheidenden Phase und erste Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas wurden eingeleitet, namentlich durch Vorbereitung einer Ministerkonferenz im Jahr 2006.

Zu den für die Region insgesamt wichtigen Erfolgen zählen: Entwicklung bzw. Aktualisierung von regionalen Datenbanken und Informationssystemen über Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährung und Adipositas; Beginn der vierten Phase des Projektes „Gesunde Städte“; Erweiterung des europäischen Netzwerks „Gesundheit im Strafvollzug“ auf über die Hälfte der Mitgliedstaaten der Region; und Überprüfung der Kapazitäten der Gesundheitsförderungssysteme in 16 Ländern der Region mit dem Ziel der Einbeziehung der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit.

Das Regionalbüro hat bei folgenden Projekten und Aktivitäten auch mit Gruppen von Ländern in folgenden Bereichen zusammengearbeitet:

- Mobilisierung von Unterstützung für psychiatrische Dienste und für das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs innerhalb der Länder der Initiative für sozialen Zusammenhalt im Rahmen des Stabilitätspaktes für Südosteuropa,
- Beteiligung an der Arbeitsgruppe für sozialen Zusammenhalt, Lebensweisen und Arbeitsfähigkeit der Partnerschaft der Nördlichen Dimension,
- Kompetenzbildende Maßnahmen für Tabakbekämpfung in den GUS-Staaten und
- Vernetzung mit dem Ziel eines integrierten gesundheitssystemorientierten Konzeptes für die Bereiche reproduktive Gesundheit, Gleichstellung sowie Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen in der Region.

Das Regionalbüro hat viele Länder, insbesondere im mittleren und östlichen Teil der Region, durch fachliche Hilfe unterstützt. Einige Erfolge waren speziell durch die Entwicklung und Annahme neuer nationaler Rechtsvorschriften und Programme bedingt, darunter das Gesetz für öffentliche Gesundheit in Griechenland, nationale Aktionspläne zur Bekämpfung des Tabakkonsums in Armenien und Litauen und staatliche Ernährungsprogramme in Bulgarien, Georgien und Ungarn. In verschiedenen Ländern wurden auch Maßnahmen zur Stärkung der nationalen Kapazitäten, Verbesserung von Überwachungs- und Kontrollmaßnahmen, Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Förderung sektorübergreifender Mechanismen durchgeführt. In Bezug auf die Arbeit im westlichen Teil der Region sind vor allem die Unterstützung für die griechische Regierung bei der Ausarbeitung des Gesundheitsplans für die Olympischen Spiele 2004 in Athen und die gemeinsame Vorbereitung und Ausrichtung der Workshops zum Thema soziale Ungleichheiten und Gesundheit im Rahmen der britischen Präsidentschaft der EU hervorzuheben.

## Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten

Auf seiner Tagung im Jahr 2004 beschloss das Regionalkomitee, den nichtübertragbaren Krankheiten hohe Priorität einzuräumen und bis 2006 eine umfassende, maßnahmenorientierte Strategie für die Region auszuarbeiten (1). Ihr Schwerpunkt soll auf der Umsetzung liegen und den besonderen Gegebenheiten sowie der Verschiedenartigkeit innerhalb der Europäischen Region Rechnung tragen und in Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten, zwischenstaatlichen Stellen, nichtstaatlichen Organisationen und anderen maßgeblichen Partnern ausgearbeitet werden.

## Psychische Gesundheit

Im Januar 2005 hat das Regionalbüro zusammen mit der Europäischen Kommission und dem Europarat auf Einladung der finnischen Regierung die erste Ministerkonferenz der Region zum Thema psychische Gesundheit organisiert (2). Auf der Konferenz wurde die Erklärung zur psychischen Gesundheit für Europa (3) unterzeichnet, die im September 2005 vom Regionalkomitee bestätigt wurde. In der Erklärung erkennen die Gesundheitsminister die dringende Notwendigkeit an, im Bereich der psychischen Gesundheit die Herausforderungen anzunehmen und gangbare Lösungen zu schaffen. Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (4) sind die in der Erklärung genannten Verpflichtungen und Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten wie auch der WHO im Einzelnen festgelegt. Er enthält 12 vorrangige Handlungsfelder, darunter die Förderung von psychischem Wohlbefinden, die Einbeziehung der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik insgesamt, die Beseitigung von Stigmatisierung und Diskriminierung, die Ausrichtung der Dienste auf die verschiedenen Lebensabschnitte und die Sicherung des Zugangs zu hochwertiger primärer Gesundheitsversorgung.

Nach der Konferenz bereitete das Regionalbüro als Rahmen für seine Aktivitäten zur Umsetzung des Aktionsplans einen Durchführungsplan für den Zeitraum 2005–2010 vor, in dem die zu dessen Verwirklichung benötigten Mittel konkret genannt werden. Zur Unterstützung der Arbeit in den



Bereichen Prävention psychischer Störungen, Förderung psychischer Gesundheit, Stigmatisierung und Diskriminierung, Gesundheitsversorgung, Aufklärung und Forschung wurde in Finnland, Italien, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich ein Netz von WHO-Kooperationszentren geschaffen. Mit Hilfe führender europäischer nichtstaatlicher Organisationen wurde ein europäisches Netzwerk zur Befähigung der Nutzer der Dienste sowie der Betreuenden aufgebaut.

Die Partnerschaft mit der Europäischen Kommission wurde durch enge Zusammenarbeit mit DG SANCO bei der Entwicklung eines Grünbuchs (5) sowie durch die Ausrichtung eines Workshops zum Thema soziale Ungleichheiten in der psychischen Gesundheitsversorgung im November 2005 vertieft. Die Kommission unterstützt ein Projekt zur Überwachung der Fortschritte bei der Erreichung der in der Erklärung und im Aktionsplan genannten Etappenziele. Die Partnerschaft mit dem Europarat könnte ein Projekt über Rechtsvorschriften beinhalten.

Zu den Aktivitäten in den Ländern gehörten die Beteiligung an der und Unterstützung der Bewertung der Bedürfnisse der Länder in der psychischen Gesundheitsversorgung sowie deren Bereitstellung, die Förderung der Entwicklung nationaler Maßnahmen und Rechtsvorschriften, die Unterstützung der im Pilotversuch erprobten gemeindenahen psychosozialen Zentren mit Bettenplätzen und die Veranstaltung von Seminaren für die Beschäftigten in der psychischen Gesundheitsversorgung. Ein vorrangiges Ziel besteht in der Entwicklung der personellen Kapazitäten, insbesondere der Rolle und der Befugnisse von Pflegenden und Sozialarbeitern.

## Gesundheit von Familie und Gemeinschaft

2005 haben 14 Länder der Region den Weltgesundheitstag mit Aktivitäten nach dem Motto „Jede Mutter und jedes Kind zählen“ (6) begangen, u. a. mit Tagungen, Konferenzen, Runden Tischen, Seminaren, Vorträgen und Diskussionen mit Gesundheitsfachkräften, politischen Entscheidungsträgern, Partnern und anderen Interessengruppen einschließlich der Öffentlichkeit. Durch den Weltgesundheitstag konnte das Regionalbüro eine Vielzahl von Fakten und Zahlen zur Gesundheit von Müttern und Kindern in der Region veröffentlichen.

Das Regionalkomitee hat 2005 nach zweijähriger Beratung mit den Mitgliedstaaten die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (7) angenommen. Sinn und Zweck dieser Strategie ist die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer eigenen Konzepte und Programme. Mit dieser Strategie und dem dazu gehörigen Instrumentarium (7) können die Mitgliedstaaten etwaige Defizite in ihren Plänen identifizieren und ihre Prioritäten für künftige Investitionen festlegen. Die Strategie dient auch als Rahmen für eine große Zahl gegenwärtig vom Regionalbüro geförderter evidenzbasierter Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Das Regionalbüro verfolgt einen auf das Gesundheitssystem abgestellten Ansatz zur Durchführung integrierter Konzepte und Strategien für reproduktive Gesundheit, Gleichstellung sowie die Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen. Im April 2005 fand im türkischen Antalya eine Tagung

der in den Ländern zuständigen Ansprechpersonen statt, auf der darüber diskutiert wurde, wie das Regionalbüro und seine Partner den Ländern bei der Integrierung ihrer Konzepte und Strategien auf diesem Gebiet behilflich sein können. Die anwesenden Vertreter von 18 Mitgliedstaaten und zahlreichen internationalen Partnern nahmen die bestehenden Rahmenkonzepte für die staatliche Politik zur Förderung der Gesundheit von Familien und Gemeinschaften zur Kenntnis und hoben die wichtige Rolle hervor, die eine bessere Integration spezifischer bzw. gezielter Interventionen in den Gesundheitssystemen bei einer verbesserten Umsetzung in den Ländern spielt. Daher ist eine engere Zusammenarbeit zwischen Regierungen, Experten für Gesundheitssysteme und Experten für die Gesundheit von Familie und Gemeinschaft auf nationaler wie internationaler Ebene erforderlich.

## Soziale und wirtschaftliche Determinanten von Gesundheit

Durch seine Außenstelle in Venedig bewertet das Regionalbüro das Verhältnis zwischen den makroökonomischen Faktoren und der Gesundheit in den Ländern der Region mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen.

Das Regionalbüro ergänzt sich in seiner Arbeit mit der im März 2005 gegründeten und weltweit tätigen Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit. Dadurch wurde insbesondere eine erste Bestandsaufnahme zu den Erkenntnissen über sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und die Effektivität von Gegenmaßnahmen ermöglicht. Die Ergebnisse sollen den Mitgliedstaaten Ende 2006 vorliegen.

Die Serie von Fallstudien zur Frage, wie Gesundheitssysteme mit durch sozioökonomische Faktoren wie Armut bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten umgehen sollen, wurde während des vergangenen Zweijahreszeitraums fortgesetzt.

## Ernährung und Lebensmittelsicherheit

Das Regionalbüro hat die Entwicklung der Nahrungs- und Ernährungspolitik in der Region durch Umsetzung des ersten regionalen Aktionsplans (8) gefördert. Aus einer vor kurzem durchgeführten Untersuchung zur Ernährungspolitik der Mitgliedstaaten ging hervor, dass 45 der 52 Länder über fertige politische Konzepte bzw. Entwürfe verfügen, die im Rahmen eines konkreten Aktionsplans oder nationaler Gesundheitsprogramme mit breiterer Zielrichtung angelegt sind.

Dennoch muss die gesunde Ernährung gestärkt werden, da auf die Annahme einer Nahrungs- und Ernährungspolitik nicht automatisch ein detaillierter und umfassender Aktionsplan mit ausreichenden Mitteln zur Durchsetzung folgt. Das Regionalbüro hat 2005 zusammen mit den Mitgliedstaaten mit der Bewertung der Umsetzung des ersten sowie der Entwicklung des zweiten europäischen Aktionsplans begonnen.

Das Regionalbüro hat durch Sammlung anthropometrischer Daten über Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie durch Erfassung und Analyse von über eine Online-Datenbank zugänglichen

*Beinahe alle Länder der Region verfolgen jetzt eine Nahrungs- und Ernährungspolitik, die für gesunde Essgewohnheiten eintritt.*



© Scampix

Daten auf Länderebene Ernährungsüberwachung betrieben. Die Überwachung insgesamt muss noch standardisiert und optimiert werden und das Regionalbüro arbeitet an der Schaffung eines Netzwerks von Zentren für die Erfassung von Daten zur Ernährung in der Kindheit.

Das Regionalbüro strebt die Bekämpfung der Adipositas an, die ein gesundheitspolitisches Problem von besonderem Ausmaß und besonderer Komplexität darstellt. Es organisiert im November 2006 eine von der türkischen Regierung in Istanbul ausgerichtete Konferenz, an der auch die Europäische Kommission und mehrere andere internationale Partner wie Europarat, FAO, Weltbank und International Obesity Task Force (dt.: Internationale Arbeitsgruppe Adipositas) (9) teilnehmen werden. Mit einer Reihe von Konsultationen mit Mitgliedstaaten, Experten und anderen Interessengruppen wurde im vergangenen Zweijahreszeitraum begonnen.

## Eindämmung des Tabakgebrauchs

Die Eindämmung des Tabakgebrauchs bildet ein vorrangiges Ziel des Regionalbüros, insbesondere seit der Ministerkonferenz von Warschau und der Annahme der Europäischen Anti-Tabak-Strategie im Jahr 2002 (10). Der Schwerpunkt liegt mittlerweile auf der Förderung von Sensibilisierung und Engagement für die Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (11) sowie auf deren Koordinierung. Das Regionalbüro hat mit den Regierungen der Tschechischen Republik, Serbiens und Montenegros sowie der Länder Zentralasiens und Südosteuropas sektorübergreifende Tagungen auf hochrangiger Ebene zur Förderung des Übereinkommens in den Ländern abgehalten. Diese Konsultationen haben mehrere Mitgliedstaaten dazu veranlasst, das Übereinkommen zu unterzeichnen und zu ratifizieren (12).

Die Strategie und das Übereinkommen sind internationale Instrumente, die die Ausarbeitung von Konzepten und Rechtsvorschriften auf nationaler Ebene gefördert haben. Das Regionalbüro hat mehrere Länder, insbesondere im östlichen Teil der Region, bei der Ausarbeitung und Annahme nationaler Aktionspläne, Strategien und Programme sowie bei der Überprüfung und Aktualisierung ihrer einschlägigen Rechtsvorschriften fachlich unterstützt. Es hat auch die Schaffung von Aktionszentren zur Bekämpfung des Tabakkonsums in den Ländern gefördert.

Es hat im vergangenen Zweijahreszeitraum in mehreren Ländern Ausbildungsmaßnahmen und Workshops zum Kapazitätenaufbau in staatlichen Institutionen sowie Netzwerken der Zivilgesellschaft organisiert.

Schließlich diente ein Projekt im Rahmen der Initiative für sozialen Zusammenhalt im Rahmen des Stabilitätspaktes für Südosteuropa sowohl der Förderung des politischen Engagements für Ratifizierung und Inkrafttreten des Übereinkommens als auch dem nationalen Kapazitätenaufbau auf dem Gebiet der Eindämmung des Tabakgebrauchs in acht Ländern Südosteuropas.

## Alkohol

In der Alkoholpolitik lag der Schwerpunkt auf der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000–2005 (13) und der Erklärung über Jugend und Alkohol (14). Ein aktualisiertes Netzwerk nationaler Ansprechpersonen hat die Umsetzung des Plans bewertet und auf einer Tagung im April 2005 in Schweden eine neue Phase in der Politik der Region eingeläutet.

Das Regionalkomitee hat im September 2005 einen Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik in der Europäischen Region (15) angenommen. Das neue Konzept bietet strategische Anleitung und Lösungsvorschläge, bei denen insbesondere den neueren Entwicklungen und neuen Herausforderungen für die Alkoholpolitik in der Region Rechnung getragen wird. Es erhält und verstärkt die Hauptprinzipien und -maßnahmen des Aktionsplans, der Europäischen Charta Alkohol (16) und der Erklärung und sorgt so für Konsequenz und Kontinuität.

Das Europäische Alkoholinformationssystem (17) wird in Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpersonen und den internationalen Partnern regelmäßig aktualisiert. Die Alkoholdatenbank (18) ist ein wichtiges Instrument bei der Entwicklung und Bewertung der Alkoholpolitik in den

Mitgliedstaaten und einer länderübergreifenden Analyse von Konsumententwicklung und Konzepten. Darüber hinaus hat das Regionalbüro Daten aus der europäischen Region an die weltweite Datenbank der WHO (19) übermittelt.

Das Regionalbüro hat mehrere Länder, überwiegend im östlichen Teil der Region, durch fachliche Hilfe bei der Aktualisierung ihrer Alkoholpolitik und Stärkung ihrer nationalen Kapazitäten und sektorübergreifenden Mechanismen zur Umsetzung unterstützt. Es hat durch Unterstützung einer Studie des schwedischen Ministeriums für Gesundheit und Soziales die Gewinnung neuer Erkenntnisse über die Kosten des Alkoholkonsums für Gesellschaft und Gesundheitswesen gefördert. Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission in einer Reihe von Fragen der Alkoholpolitik wurde ausgebaut und auf eine offizielle Grundlage gestellt.

## Gesundheit im Strafvollzug

Ein Projekt des Regionalbüros zielt darauf ab, Gesundheit im Strafvollzug zum festen Bestandteil der nationalen Gesundheitspolitik zu machen und Kontakte zwischen den Gesundheitsministerien und den Verantwortlichen für Gesundheit im Strafvollzug zu fördern. Das Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“ dient auch der Förderung von Gerechtigkeit bei der Gesundheitsversorgung und der besonderen Berücksichtigung der Bedürfnisse benachteiligter Gruppen. Seit Wiederbelebung des Projektes im Jahr 2002 dank der finanziellen Unterstützung durch das niederländische Außenministerium ist das aktive Netzwerk europäischer Länder von 16 auf 33 angewachsen. 2005 feierte das Projekt sein zehnjähriges Bestehen anlässlich einer zusammen mit dem britischen Gesundheitsministerium und der britischen EU-Präsidentschaft veranstalteten Tagung (20).

Zu den Erfolgen des Projektes gehören die Entwicklung von Leitlinien (21) zur Förderung des Kapazitätenaufbaus auf dem Gebiet der Gesundheit im Strafvollzug in den Mitgliedstaaten sowie der Aufbau einer europäischen Datenbank.

## Unterstützung von Kommunalbehörden

Kommunalbehörden werden zunehmend als Schlüsselakteure bei der Beeinflussung von Lebensweise und Gesundheit sowie in der Gesundheitsversorgung und sozialen Fürsorge erkannt. Ein hoher Anteil der Bevölkerung der Europäischen Region lebt in Städten, die den nationalen Netzwerken gesunder Städte angehören: 57% in Belgien, 30% in Deutschland, 53% in Israel, 25% in Italien, 50% in Norwegen, 43% in Österreich, 55% in Schweden, 65% in Slowenien, 60% in Spanien und 35% in der Türkei.

Die vierte Phase des Projektes Gesunde Städte begann 2004 mit einer Erneuerung der Programmatik mit Schwerpunktlegung auf den Bereichen gesundes Altern, Städteplanung und Gesundheit sowie Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. In einer Überprüfung der Erkenntnisse aus den sektorübergreifenden Städtestrategien und -plänen aus der gesamten Region sowie aus den einschlägigen Fallstudien wurden die Determinanten von Gesundheit, Gerechtigkeit und Bürgerbeteiligung untersucht. Im Rahmen der

Vorbereitungen auf die Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas befasste sich eine gesonderte Konsultation im Jahr 2005 mit der Rolle der Kommunen bei der Förderung von Bewegung.

Zum Thema Altern veröffentlichte das Regionalbüro zwei erfolgreiche Publikationen: *Palliative care. The solid facts* (22) und *Better palliative care for older people* (23).

## Literatur

1. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC54/R4: *Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913\\_6?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913_6?language=German)).
2. *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=German)).
3. *Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc06.pdf>).
4. *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/gdoc07.pdf>).
5. *Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels, European Community, 2005 (COM(2005)484; [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)).
6. Weltgesundheitsstag 2005 – Jede Mutter und jedes Kind zählen. 7. April 2005 [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/whd05?language=German>).
7. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/childhealthdev/20050131\\_1](http://www.euro.who.int/childhealthdev/20050131_1)).
8. *Erster Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung, Europäische Region der WHO, 2000–2005*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 2001 (<http://www.euro.who.int/Document/E72199G.pdf>).
9. Ministerial Conference on Counteracting Obesity [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/obesity/conference/20060216\\_1](http://www.euro.who.int/obesity/conference/20060216_1)).
10. *Europäische Anti-Tabak-Strategie*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/E77976G.pdf>).
11. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc\\_en.pdf](http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_en.pdf)).
12. Tobacco control database. Framework Convention on Tobacco Control [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=3763>).

13. *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000–2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/E67946G.pdf>).
14. *Erklärung über Jugend und Alkohol, 2001*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 2003 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1?language=German)).
15. *Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1?language=German)).
16. *Europäische Charta Alkohol, 1995*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_7?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7?language=German)).
17. European alcohol information system [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611\\_1](http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1)).
18. Alcohol control database [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://data.euro.who.int/alcohol>).
19. Global alcohol database. Country data on alcohol [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,alcohol&language=english>).
20. 10th Annual Meeting and Conference of the WHO European Network for Prison and Health. De Leeuwenhorst, the Netherlands, 21–22 October 2004 [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/prisons/meetings/20050829\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/meetings/20050829_1)).
21. Health in Prisons Project. Publications [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1)).
22. Davies E, Higginson IJ, eds. *Palliative care. The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_2)).
23. Davies E, Higginson IJ, eds. *Better palliative care for older people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_1?language=German)).

## 5. Umwelt und Gesundheit

---

Ausgaben: 18 836 524 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 11,8%

---

Bedienstete: 51, davon 1 vor Ort

---

Der umweltbezogene Gesundheitsschutz umfasst Aspekte von Gesundheit und Krankheit des Menschen, die durch Faktoren in der Umwelt bestimmt werden, z. B. Gewalt und Unfälle. In diesem Bereich fanden im vergangenen Zweijahreszeitraum zwei politische Ereignisse statt: Die Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit 2004 und die Annahme einer Resolution zur Prävention von Gewalt und Verletzungen durch das WHO-Regionalkomitee für Europa 2005.

Die hier beschriebenen Aktivitäten wurden vom Regionalbüro an drei Orten durchgeführt: Bonn, Kopenhagen und Rom.

### Konferenz von Budapest

Der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit in Budapest gingen intensive Vorbereitungen auf fachlicher und politischer Ebene voraus, die der Weichenstellung und der Sicherung eines Konsenses hinsichtlich der Verpflichtungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse dienten. An dem Prozess beteiligt waren mehrere Hundert Experten und hochrangige Vertreter aus den meisten Ländern der Europäischen Region.

Aus einem Bericht (1) ging hervor, dass die Verschmutzung der Innen- und Außenluft, unsauberes Wasser und unzureichende sanitäre Verhältnisse sowie Bleikontamination und Verletzungen jährlich insgesamt für ca. ein Drittel aller Todesfälle (100 000) und ca. 26% aller DALY-Verluste (dies entspricht dem Verlust von 6 Mio. Lebensjahren durch vorübergehende oder dauerhafte Behinderung) in der Region verantwortlich sind. Die vorrangigen Ziele der Region, die in dem in Budapest unterzeichneten Aktionsplan CEHAPE (2) genannt sind, betreffen im Wesentlichen die Maßnahmen, die zur Senkung dieser Krankheitslast erforderlich sind, und tragen insbesondere den in der vorstehenden Bewertung genannten Fragen Rechnung.

An der Budapester Konferenz nahmen etwa 1200 Delegierte und Beobachter, die 50 Mitgliedstaaten, 11 internationale Organisationen und 11 nichtstaatliche Organisationen (NGO) vertraten, sowie 48 Minister aus dem Umwelt- bzw. Gesundheitsbereich teil. Wie angeregt nahmen durch 18 Delegationen insgesamt 131 junge Menschen an mehreren Initiativen teil, darunter an einem Jugendparlament, das eine eigene Erklärung ausarbeitete und verabschiedete.

Der Umweltminister und der Gesundheitsminister Ungarns und der WHO-Regionaldirektor für Europa unterzeichneten im Namen aller Mitgliedstaaten zwei wichtige Dokumente: Die Erklärung der



Konferenz (3) und den Aktionsplan CEHAPE (2). Darüber hinaus unterzeichneten die anwesenden EU-Kommissare eine Erklärung zur Unterstützung der Beschlüsse der Konferenz.

In der Konferenzklärung werden einige Schlüsselfragen für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz in Europa angesprochen und weit reichende Verpflichtungen zu künftigen Maßnahmen eingegangen. Der Aktionsplan CEHAPE legt als breiter Handlungsrahmen Ziele für die ganze Region fest. Die Mitgliedstaaten können ihn auf ihre eigenen Bedürfnisse zuschneiden, indem sie die für sie wichtigsten zu bewältigenden Probleme in ihren jeweiligen Entscheidungsprozessen auswählen. Der Aktionsplan ist eine wissenschaftlich fundierte politische Verpflichtung, die von Mitgliedstaaten für Mitgliedstaaten entwickelt wurde:

- Um vorrangige Maßnahmen und Konzepte auf die Erfüllung nationaler und regionaler Bedürfnisse auszurichten und
- um den Schutz der Kindergesundheit vor Umweltgefahren auszuweiten.

Das Regionalkomitee hat die Beratungen der Budapester Konferenz im September 2004 bestätigt (4).

Die Konferenzklärung und der Aktionsplan CEHAPE stellen politische Bekenntnisse dar, welche die wichtigsten Bereiche des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes umfassen. Zwar liegt ihr Schwerpunkt auf Maßnahmen der Mitgliedstaaten, doch ist für die Entscheidungsprozesse in den Ländern auch die Unterstützung des Regionalbüros erforderlich, etwa durch Sammlung und Bereitstellung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Konzepten, Bereitstellung von Daten und fachlichen Instrumenten und die Verbreitung von Informationen (5). Deshalb hat das Regionalbüro eine Reihe von Indikatoren zu konkreten Themen in seinem Zuständigkeitsbereich entwickelt, die es zur Überwachung seines Beitrags und zur Berichterstattung über seine Erfolge und Fortschritte an seine Leitungsgremien nutzen wird.

Nach der Konferenz hat sich der Europäische Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (6) nach Maßgabe einer ihrer Resolutionen neu konstituiert. Der Ausschuss setzt sich aus gewählten Vertretern der Mitgliedstaaten (je fünf aus den Gesundheits- bzw. Umweltministerien), der Europäischen Kommission (DG SANCO und DG ENV), der EUA, anderer internationaler Organisationen, der Privatwirtschaft und der nichtstaatlichen Organisationen zusammen. Seine Aufgabe besteht darin, die Umsetzung der in Budapest eingegangenen Verpflichtungen zu überwachen und zu fördern. Im Ausschuss sitzen auch Vertreter der Jugend, ein internationales Verfahren zur Sicherstellung ihrer Beteiligung auf internationaler Ebene wird derzeit mit Unterstützung von Mitgliedstaaten wie Irland und Norwegen geschaffen.

Um die Ergebnisse der Konferenz im Blickfeld zu bewahren und die Erfüllung seiner Aufgaben zu erleichtern, prüft der Ausschuss auf jeder seiner Tagungen die Fortschritte für eines der im CEHAPE festgelegten vier vorrangigen Ziele der Region. Im vergangenen Zweijahreszeitraum führte er eine Prüfung in Bezug die Ziele III und IV (Luftgüte und chemikalienfreie Umwelt) durch. Außerdem setzte er eine CEHAPE-Sonderarbeitsgruppe ein, die aus fachlichen Ansprechpersonen aus den Ländern besteht. Zur Förderung von Transparenz und Kommunikation stehen die Tagungen des Ausschusses allen Mitgliedstaaten offen.

### **Fachliche Aktivitäten**

Das Regionalbüro hat die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der auf der Konferenz eingegangenen Verpflichtungen u. a. durch folgende Aktivitäten unterstützt:

1. Workshops zur Unterstützung von an der Umsetzung beteiligten Entscheidungsträgern aus allen Politikbereichen unter Führung der Gesundheitsbehörden in Armenien, der Russischen Föderation, dem Vereinigten Königreich, Weißrussland und Zypern,
2. Überarbeitung der Luftgüte-Leitlinien der WHO (7) im Oktober 2005, mit der die Mitgliedstaaten und die EU in die Lage versetzt wurden, ihre bestehenden Normen angesichts neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zu aktualisieren,
3. Fallstudien zur Wirksamkeit von Praktiken zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder auf nationaler wie lokaler Ebene in 26 Ländern, hauptsächlich im Westen der Region,
4. Entwicklung von Schulungsmodulen zum Schutz von Gesundheit und Umwelt der Kinder für Beschäftigte im Gesundheitswesen und zwei Schulungen für die GUS-Staaten und Zypern,
5. Erstellung einer Liste wesentlicher Indikatoren des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes für das Europäische Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem (8), mit dessen Einrichtung in 20 Ländern, hauptsächlich im westlichen und südlichen Teil der Region, bereits begonnen wurde,



© Scampix

*Gesundheitsförderliche körperliche Betätigung steht Menschen jeden Alters offen.*

6. Abschluss eines von der Europäischen Kommission finanzierten Forschungsprojektes zur Anpassung an den Klimawandel (9) und Verbreitung von dessen Ergebnissen sowie Unterstützung von zehn Ländern (Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Ungarn, Österreich, Portugal, Schweiz, Slowenien, Vereinigtes Königreich) mit dem Ziel eines besseren Verständnisses und einer Weiterentwicklung von Verfahren, durch die Gesundheitssysteme besser mit extremen Wetterereignissen (Hitzewellen und Überschwemmungen) fertig werden,
7. Orientierung für Mitgliedstaaten zur wirksamen Entscheidungsfindung bei wissenschaftlicher Ungewissheit und Anwendung des Vorsorgeprinzips auf den gesundheitsbezogenen Umweltschutz und
8. Beginn des internationalen Kooperationsprojektes HEPA Europe (10): ein europäisches Netzwerk zum Schutz von gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung im Sinne des zweiten vorrangigen Ziels der Region.

Darüber hinaus ist das von 36 Mitgliedstaaten der Europäischen Region unterzeichnete Protokoll über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und Internationaler Seen (11) am 4. August 2005 in Kraft getreten und somit für die 16 Länder, die es ratifiziert haben, rechtsverbindlich. Dadurch erhöht sich die Zahl der Instrumente, die den Ländern bei der Verwirklichung des ersten vorrangigen Ziels der Region und der Erreichung der maßgeblichen MDG (12) zur Verfügung stehen.

## Prävention von Gewalt und Verletzungen

Verletzungen sind ein bedeutendes Thema für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region. Sie sind jährlich für den Tod von 800 000 Menschen verantwortlich; dies entspricht 8,3% aller Todesfälle. Auf jeden Todesfall durch Verletzung kommen nach Schätzungen 30 Krankenhauseinweisungen und 300 Einlieferungen in die Notfallambulanz. Insgesamt sind dies ca. 24 Mio. Krankenhauseinweisungen und 240 Mio. Behandlungen in den Notfallambulanzen.

Auf Unfallverletzungen entfallen etwa zwei Drittel (543 000), auf Gewalt ein Drittel (257 000) aller Todesfälle. Junge Menschen sind unverhältnismäßig häufig von Verletzungen betroffen; Verletzungen sind die häufigste Todesursache in der Altersgruppe bis 45 Jahre.

Verletzungen verursachen hohe Kosten für die Gesundheitsdienste. Zwar gibt es keine umfassenden Untersuchungen mit Schätzungen für die gesamte Region, doch deutet eine Hochrechnung der verfügbaren Daten aus einigen westeuropäischen Ländern darauf hin, dass sich die Ausgaben des Gesundheitswesens für tödliche und nicht tödliche Verletzungen in der Region in einer Größenordnung von 189 Mrd. € (81 – 296 Mrd. €) bewegen dürften. Man kann also mit Sicherheit von Kosten in Höhe nicht unter 81 Mrd. € allein für das Gesundheitswesen ausgehen.

Die Verletzungslast ist ungleich auf die Region verteilt. Die verletzungsbedingte Mortalität und Morbidität im östlichen und südlichen Teil der Region ist über achtmal so hoch wie in den westlichen Ländern. Diese Kluft hat sich in den letzten Jahren noch vergrößert.

Jedoch bedeuten diese Zahlen auch ein erhebliches Verbesserungspotenzial – eine Chance für das Gesundheitssystem. Die Erfolge einiger europäischer Länder, die mittlerweile zu den sichersten in der Welt gehören, belegen, dass sich Verletzungen verhindern und ihre Auswirkungen mildern lassen, wenn vorhandene Erkenntnisse und Erfahrungen und wirksame Praktiken innerhalb der Region situationsgerecht übertragen werden (13).

Nach Expertenschätzungen könnte mit einem derartigen Ansatz fast eine halbe Million verletzungsbedingter Todesfälle – insgesamt zwei Drittel – verhindert werden, darunter 55 000 Todesfälle infolge von Verkehrsunfällen, 30 000 durch Ertrinken und 55 000 infolge von zwischenmenschlicher Gewalt. Diese Ziele könnten durch Anwendung gut bekannter kostenwirksamer Maßnahmen wie Benutzung von Kindersitzen in Kraftfahrzeugen oder Fahrrad- bzw. Motorradhelmen erreicht werden.

Das Regionalkomitee hat 2005 zur entschlossenen Bekämpfung dieses Problems (14) aufgerufen und das Regionalbüro hat eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet, u. a. Entwicklung von nationalen Aktionsplänen, Bestimmung der besten Praktiken einschließlich Erfahrungsaustausch und Entwicklung von Partnerschaften mit der EU und anderen internationalen Organisationen.

Das Regionalbüro hat mit Unterstützung der GTZ ein neues Programm zur Prävention von Gewalt und Verletzungen aufgelegt.

Es hat auch umfassende Beiträge zum Weltgesundheitstag 2004 geleistet, dessen Motto auf die Prävention von Straßenverkehrsunfällen abzielte. Zur Ergänzung des *World report on road traffic injury prevention* (16) wurde ein Bericht für Europa (15) veröffentlicht und in mehreren Ländern wurden Pressekonferenzen und Aufklärungs-Workshops gehalten. Zur Unterstützung der Tätigkeit des Regionalbüros auf Länderebene und zur Sicherstellung des Wissenstransfers und des Informations- und Erfahrungsaustauschs wurde ein Netzwerk von Ansprechpersonen eingerichtet, das im Herbst 2005 in den Niederlanden erstmals zusammentrat.

## Partnerschaften

Die Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen, Institutionen und ausgewählten nichtstaatlichen Organisationen hat sich im vergangenen Zweijahreszeitraum intensiviert, insbesondere im Rahmen der Vor- und Nachbereitung der Budapester Konferenz. Die wichtigsten Partner waren: Europäische Kommission (DG SANCO, DG ENV und EUA), Europarat, OECD, REC und UNECE; unter den NGO: European Public Health Alliance, European Eco-Forum und Internationaler Bund freier Gewerkschaften.

## Literatur

1. Valent F, Little D'A, Bertollini R, Nemer LE, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363:2032–2039.

2. Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE) [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724\\_2](http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724_2)).
3. Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit, *Erklärung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83335G.pdf>).
4. WHO Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC54/R3: *Umwelt und Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913\\_7?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913_7?language=German)).
5. Licari L, Nemer L, Tamburlini G. *Children's health and environment. Developing action plans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050812\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050812_1)).
6. European Environment and Health Committee [Website]. Copenhagen, European Environment and Health Committee, 2006 (<http://www.euro.who.int/eehc>).
7. *WHO air quality guidelines global update 2005. Report on a working group meeting, Bonn, Germany, 18–20 October 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87950.pdf>).
8. Informationssysteme für Umwelt und Gesundheit [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/EHindicators?language=German>).
9. climate Change and Adaptation Strategies for Human health. Results [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/ccashh/20051125\\_1](http://www.euro.who.int/ccashh/20051125_1)).
10. European network for the promotion of health-enhancing physical activity [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/hepa/20050822\\_1](http://www.euro.who.int/hepa/20050822_1)).
11. Protocol on Water and Health [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 ([http://www.euro.who.int/watsan/waterprotocol/20030523\\_1](http://www.euro.who.int/watsan/waterprotocol/20030523_1)).
12. *UN Millennium Development Goals*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>).
13. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601_1)).
14. WHO-Regionalkomitee für Europa, Resolution EUR/RC55/R9: *Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=German)).
15. Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. *Preventing road traffic injuries: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20041119\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20041119_2?language=German)).
16. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C, eds. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf>).

## 6. Gesundheitserkenntnisse und Veröffentlichungen für die Bevölkerungsgesundheit

---

Ausgaben: 16 372 946 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 10,2%

---

Bedienstete: 57

---

Im Zweijahreszeitraum bestrebte sich das Regionalbüro, die Qualität, Zugänglichkeit und Nützlichkeit der von ihm gewonnenen Informationen und des Wissens für die Entscheidungsfindung zu erhöhen. Das Büro setzte seine koordinierten Initiativen zur Bereitstellung von Erkenntnissen und analysierten Gesundheitsinformationen für die Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten fort und verstärkte gleichzeitig seine Anstrengungen im Bereich der Weiterverbreitung und der Werbung, um diese Zielgruppe zu erreichen.

Die Länder benötigen mehr verarbeitete Gesundheitserkenntnisse von einer unabhängigen und vorurteilslosen Organisation wie der WHO. Aus praktischen Erwägungen werden unter Gesundheitserkenntnissen Informationen verstanden, die für die Entscheidungsfindung nützlich sind. Das bedeutet eine Bearbeitung und Analyse der Daten und Informationen in ihrem Zusammenhang im Gegensatz zur Herstellung nicht analysierter Rohdaten. Durch die Bereitstellung von Gesundheitserkenntnissen und Gesundheitswissen unterstützt das Regionalbüro also indirekt die Umsetzung des vorhandenen Wissens in konkrete Maßnahmen.

In den vergangenen Jahren hat das Regionalbüro seine Fähigkeit zur Befriedigung des Erkenntnisbedarfs durch die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, HEN und andere Quellen im Büro erhöht. Es hat auch an einer besseren Darstellung der vorhandenen Informationen und ihrer Zugänglichkeit in gedruckten und elektronischen Medien gearbeitet.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Zweijahreszeitraum Schritte zur verbesserten Datenerhebung und zur Bereitstellung von Datenanalysen anstelle einfacher Statistiken unternommen, womit Grundsatzüberlegungen und Empfehlungen für Politikgestalter verknüpft wurden.

### Gesundheitsdaten und -informationen

Das Regionalbüro hat den Ländern weiter die erforderlichen Beiträge geleistet, damit sie ihre nationalen Gesundheitsinformationssysteme erhalten und verbessern konnten.

In 13 Ländern wurde eine umfassende Bewertung der statistischen Gesundheitsinformationssysteme durchgeführt und damit der Grundstein für weitere Verbesserungen gelegt. Das Regionalbüro unterstützte weiter die Anwendung von ICD-10 (1) durch Schulungen in acht Ländern und ICF-

Schulungen (2) in zwei Ländern. Gemäß den verfügbaren Informationen wird ICD-10 in 49 Ländern der Region vollständig oder teilweise angewandt.

In elf Ländern wurden nationale Datenbanken für Gesundheitsindikatoren eingerichtet oder weiterentwickelt. Sie sind wichtige Instrumente zur Unterstützung von Gesundheitsmonitoring und Entscheidungsfindung auf nationaler und subnationaler Ebene, denn sie ermöglichen den Gesundheitspraktikern, -administratoren und -forschern den einfachen Zugriff auf regelmäßig erhobene Gesundheitsdaten. Das Regionalbüro unterstützte weiter den Gebrauch der internationalen Definition einer Lebendgeburt und vollständigerer Geburten- und Sterberegister. Damit soll die Genauigkeit und internationale Vergleichbarkeit nationaler Statistiken zur Säuglingssterblichkeit und weiterer Schlüsselindikatoren erhöht werden.

Eine der wichtigsten praktischen Instrumente des Regionalbüros ist die GFA-Datenbank (3), die weithin für internationale Analysen des Gesundheitszustandes der Bevölkerungen genutzt wird. Zu ihr gehören sowohl die gemeldeten nationalen Statistiken als auch WHO-Schätzungen zu wichtigen Gesundheitsindikatoren (wie der Kindersterblichkeit), wodurch die Abschätzung möglicher Ungenauigkeiten in den gemeldeten Daten möglich wird. Die Datenbank wurde weiter regelmäßig aktualisiert und ihr Inhalt verbessert.

Die Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (4) wurde ebenfalls ausgebaut, sodass sie jetzt für ausgewählte Länder auch subnationale Daten enthält und damit Analysen von Unterschieden im Gesundheitszustand und Trends auf dieser Ebene ermöglicht. Mit der Erhebung von Daten zur Krankenhausmorbidity wurde begonnen, um eine aktuelle Lücke in den internationalen Statistiken bezüglich bestimmter Krankheiten zu schließen. Das Regionalbüro veröffentlichte 2005 eine Broschüre mit Daten zu den zentralen Gesundheitsindikatoren für sämtliche 52 Länder der Region (5).

Das Regionalbüro arbeitet mit EUROSTAT und der OECD an einer Harmonisierung der erhobenen Sterblichkeits- und Krankenhausdaten um die Berichtslast für die Länder zu erleichtern.

Eine der wichtigsten Beiträge im Zweijahreszeitraum war die vom Regionalkomitee geforderte Veröffentlichung eines *Europäischen Gesundheitsberichts 2005* (6). Dieser Bericht vereint Erkenntnisse und Analysen des Regionalbüros, des WHO-Hauptbüros und verschiedener weiterer anerkannter Quellen, um dem Publikum eine Auswahl erfolgreicher Initiativen und Maßnahmen vorzustellen, deren breitere Nutzung das Potenzial zu einer Hebung der Bevölkerungsgesundheit in der Region bietet.

Der Bericht stellte als erster die geschätzte Krankheitslast durch bestimmte Erkrankungen und Risikofaktoren in jedem Land der Region vor. Der Bericht ist besonders auf die Gesundheit von Kindern ausgerichtet, denn die Gesundheit im Kindesalter ist entscheidend für die Gesundheit des Erwachsenen und Maßnahmen zur ihrem Schutz und zu ihrer Förderung können sich ein Leben lang positiv auswirken. Der Bericht hebt hervor, dass viel von dem Wissen, das für eine bessere Gesundheit jedes Einzelnen in der Region benötigt wird, bereits verfügbar ist, und dass die Herausforderung jetzt darin besteht, dieses Wissen in die Tat umzusetzen.

Für eine umfassende Analyse des Gesundheitszustandes in den Ländern erarbeitete das Regionalbüro Profile jedes einzelnen der 52 Mitgliedstaaten (7). Bei diesen Profilen handelt es sich um

vielschichtige, webfähige Veröffentlichungen, die einen Überblick über die Lage bezüglich Gesundheit und gesundheitsrelativer Themen in einem bestimmten Land geben und, wo dies möglich ist, mit der Lage in anderen Ländern der Region vergleichen. Diese Veröffentlichungen tragen durch ihre Benutzerfreundlichkeit und ihre volle Online-Zugänglichkeit zur Verbreitung der Analysen des Büros bei und bieten einen Zugang zu Datenbanken und Publikationen unterschiedlicher Provenienz.

## Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik

Das Regionalbüro nahm weiter seine Rolle wahr, die Erkenntnisgrundlage für Grundsatzempfehlungen in entscheidenden Bereichen bereitzustellen und zu verbreitern.

Das Büro spielte in der Partnerschaft, die das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik trägt, eine wichtige Rolle. Es unterstützte die Produktion der angesehenen HiT-Serie (8): 17 Länderprofile wurden erstellt und gaben ein klares Bild von den mit der Zeit geänderten Aufgaben der Gesundheitsdienste und Reformen in der Europäischen Region.

Das Observatorium veröffentlichte auch Studien zu zentralen Themen (9): Gesundheitspolitik und EU-Erweiterung, Arzneimittelregulierung, soziale Krankenversicherung im westlichen Europa,





Einkauf als Instrument zur Verbesserung der Gesundheitssysteme, Humanressourcen und primäre Gesundheitsversorgung. In loser Folge wurden Studien zu den Erfahrungen der Länder im Umbruch, freiwilliger Krankenversicherung, Entscheidungsfindung im Bereich der Bevölkerungsgesundheit, Screening und Auswirkungen veränderter Gesundheitssysteme veröffentlicht. Grundsatzpapiere (10) mit zusammengefassten Erkenntnissen über gemeindenahe psychiatrische Versorgung, deren Finanzierung und konzeptionelle Ausrichtung, Krankenhausorganisation und Bettenzahlen wurden veröffentlicht. Die Zeitschrift des Observatoriums (11,12) erschien regelmäßig. Die Vermittlung der Analyseergebnisse ist ein entscheidender Bestandteil der Arbeit des Observatoriums, daher wurde dessen Website (13) im Sinne von besserer Zugänglichkeit der Informationen fortentwickelt.

Weitere Beiträge des Regionalbüros zur Arbeit des Observatoriums bestanden in der Unterstützung einer Übersetzung der Veröffentlichungen ins Russische und einer Reihe von Grundsatzdialogen, die es führenden Entscheidungsträgern erlaubt, Erkenntnisse zusammenzufügen und auch zu erörtern, was sie in der Praxis bedeuten.

Zur Bereitstellung kurz gefasster Wissensdarstellungen zur Arbeit im Bereich der Bevölkerungsgesundheit setzte das Regionalbüro das 2003 begonnene HEN-Projekt im Zweijahreszeitraum fort und baute es aus. Die Zusammenarbeit der ca. 30 Mitglieder führte zur Erstellung von 33 Berichten für das Internet in Beantwortung konkreter Anfragen politischer Akteure (14). Außerdem wurden an das HEN per E-Mail von Politikern, Praktikern des Gesundheitswesens, Forschern, Mitgliedern und anderen interessierten Nutzern ca. 100 Fragen gerichtet, die es in Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedern beantwortete. Damit die Informationen für die Mitgliedstaaten größeren Nutzen entfalten, hat das HEN die vollständigen Berichte sowohl in russischer als auch in englischer Sprache auf der Website des Regionalbüros veröffentlicht.

Außerdem fuhr das HEN damit fort, die Auswahl der durchsuchbaren Dokumente und Datenbanken zu überarbeiten und zu aktualisieren (15). Zur Erleichterung der Suche sind die Informationen nach Thema und Quelle geordnet.

Ein Maß der Nützlichkeit der HEN-Berichte ist die Bitte um Übersetzung. Das Büro hat Genehmigungen für Übersetzungen in acht Sprachen erteilt: Chinesisch, Finnisch, Französisch, Polnisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch.

Damit sich die fachlichen Empfehlungen und Ratschläge an die Mitgliedstaaten auf solide Erkenntnisse gründen können, hat das Regionalbüro 2004 mit der Unterstützung des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung ein Konzept als Grundlage seiner Arbeit in diesem Bereich angenommen. Dieses Konzept verwendet eine weit gefasste Definition von Erkenntnissen, die über die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung hinausreicht. Den Programmen des Regionalbüros wurden Leitlinien und Werkzeuge zur Recherche und Analyse von Erkenntnissen an die Hand gegeben. Sie beteiligten sich außerdem an Workshops zu evidenzbasierter kollegialer Begutachtung (Peer Review) und zum Verfassen von Länderstudien mit Länderfokus.

## Veröffentlichung und Vermittlung für die Bevölkerungsgesundheit

### *Angebot von Publikationen und Informationen*

Im Zweijahreszeitraum fuhr das Regionalbüro damit fort, Veröffentlichungen im Rahmen seiner Strategien und seines Konzeptes für die Handhabung von Gesundheitsinformationen zu planen, zu produzieren und zu verbreiten. Es unternahm jede Anstrengung, um den breitest möglichen Zugang aller Mitgliedstaaten auf Informationen und Publikationen des Regionalbüros zu sichern. Ein wichtiges Ziel für das Jahr 2005 war eine größere Verfügbarkeit seiner Informationsprodukte in den vier offiziellen Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch), soweit angemessen.

Das Regionalbüro gab 83 Publikationen heraus, von denen zwölf Vorrang eingeräumt wurde, weil sie Arbeitsbereiche von höchster Priorität für den Zweijahreszeitraum in Angriff nahmen (16). Ca. 30% aller Titel wurden außer auf Englisch auch auf Russisch produziert, was die fortgesetzte Entschlossenheit des Regionalbüros bezeugt, den Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen für die Zielgruppen in den Russisch sprechenden Ländern zu verbessern.

Die Wirkung der Veröffentlichungen lässt sich auch daran ablesen, dass neben den frei verteilten Exemplaren 3000 Druckfassungen der Bücher des Regionalbüros verkauft wurden. Beim Büro wurden außerdem 1600 Druckfassungen seiner Informationsprodukte bestellt, 200mal der Antrag auf Zitiererlaubnis und 169mal auf Einbeziehung in spezialisierte Datenbanken gestellt, welche im Abonnement verfügbar sind. Es erteilte 54mal die Erlaubnis zur Übersetzung einer Publikation des Büros in eine nicht offizielle Sprache. Daneben laden die Leser und Leserinnen jeden Monat Hunderte von Titeln von der Website des Regionalbüros.

Um das Bewusstsein für Themen der Bevölkerungsgesundheit zu schärfen, haben Experten des Regionalbüros im Zweijahreszeitraum Artikel in der allgemeinen Presse sowie in der Fachpresse veröffentlicht.

Weiter erfüllte das Regionalbüro die satzungsmäßigen Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedstaaten, indem es die für Tagungen des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees erforderlichen Dokumente in den vier offiziellen Sprachen erstellte (5785 Seiten). Daneben erstellten Bedienstete des Büros im Zweijahreszeitraum die Dokumentation für die Ministerkonferenzen zum Thema Umwelt und Gesundheit bzw. psychische Gesundheit (ca. 2700 Seiten in den vier offiziellen Sprachen) und übersetzten und verarbeiteten ca. 6000 Seiten anderen Materials (wie Veröffentlichungen, Tagungsunterlagen, Hefte, Pressemitteilungen und offizielle Korrespondenz).

Zur Verkürzung der Produktionszeit wendet das Regionalbüro nicht nur hausinterne Ressourcen (darunter computergestützte Übersetzungssoftware) an, sondern auch einen Verbund akkreditierter freiberuflicher Redakteure, Übersetzer, Designer und Drucker.

Neben der Herstellung, Vermarktung und Verbreitung von Publikationen an die Außenwelt setzte das Regionalbüro seine Arbeit zur Sicherung einer besseren Zugänglichkeit der internen und externen Informationen für die Bediensteten fort, die diese für ihre Arbeit benötigen. Der Abonnementdienst des Regionalbüros bot 75 wissenschaftliche Zeitschriften, Datenbanken, Beobachtungsdienste für

*Ihre Königliche  
Hoheit Kronprinzessin  
Mary von Dänemark  
wird durch den WHO-  
Regionaldirektor  
Dr. Marc Danzon  
im Regionalbüro für  
Europa begrüßt.*



© WHO

Neuerscheinungen und Einzeldokumente/artikel an. Freier oder kostengünstiger Zugang zu weiteren internationalen biomedizinischen Zeitschriften und Datenbanken steht dem Regionalbüro über GIFT und Einrichtungen und Ministerien aus Ländern mit geringem Volkseinkommen über HINARI, einem Programm von WHO und wichtigen Verlagshäusern, zur Verfügung.

Außerdem arbeitete die Bibliothek des Regionalbüros gemeinsam mit den Mitgliedstaaten an einer Verbesserung der gesundheitswissenschaftlichen Büchereien der 38 WHO-Dokumentationszentren, indem sie Exemplare der Veröffentlichungen des Regionalbüros bereitstellte und Verbesserungen der Websites der Zentren unterstützte.

Das Regionalbüro modernisierte seine eigene Website (17) mehrfach im Zweijahreszeitraum. Dazu gehörte die verbesserte Gestaltung und Funktionalität, wozu der Einsatz der Google-Suchmaschine und die Kategorisierung der Informationen nach Gesundheitsthemen beitrugen. Dadurch kam die Darstellung des Büros auf den Stand mehrerer anderer WHO-Regionalbüros und des Hauptbüros. Genauere Instrumente zur Analyse der Website-Nutzung wurden eingesetzt und bei Bedarf Änderungen an der Website vorgenommen. Jeden Monat besuchten 150 000 Besucher diese und betrachteten mindestens 300 000 bis 400 000 Seiten.

### ***Vermittlung nach außen***

Eines der wichtigsten Ziele der Außenvermittlung des Regionalbüros ist es, die Mitgliedstaaten über den aktuellen Stand und Entwicklungen im Bereich von Bevölkerungsgesundheit in der Region

und weltweit auf dem Laufenden zu halten. Zu diesem Zweck stellte das Regionalbüro bei der Veröffentlichung besonders wichtiger Publikationen weithin sichtbare Begleitmaterialien her, z. B. anlässlich der Weltgesundheitsberichte (18), *Young people's health in context* (19), des *Europäischen Gesundheitsberichts 2005* (6) und von *Health policy and European Union enlargement* (20). Daneben wurde während regionaler und globaler WHO-Veranstaltungen (Ministerkonferenzen zu Umwelt und Gesundheit sowie zu psychischer Gesundheit) und thematischer Tage (Weltgesundheitstag und globale Kampagnen wie Weltnichtrauchertag und Welttuberkulosestag) die Öffentlichkeitsarbeit übernommen (21).

Weitere Aktivitäten wie Ausstellungen, Pressekonferenzen und Fachsitzungen, Interviews und die Verteilung von Pressematerialien wurden in Verbindung mit wichtigen Tagungen des Regionalbüros wie dem Regionalkomitee, den Tagungen zur Influenzaplanung und dem zweiten Gesundheitsministerforum der Länder Südosteuropas im November 2005 organisiert.

Das Regionalbüro fand die Unterstützung prominenter Personen, welche die Botschaft der Bevölkerungsgesundheit in der Region fördern helfen wollen. Im März 2005 wurde Sylvie Vartan zur WHO-Botschafterin des Guten Willens für die Gesundheit von Müttern und Säuglingen in der Europäischen Region ernannt und im Mai 2005 willigte die dänische Kronprinzessin Mary ein, die Schirmherrschaft über das Regionalbüro zu übernehmen.

## Literatur

1. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision [Website]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2003 (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm>).
2. International Classification of Functioning, Disability and Health [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>).
3. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=German>).
4. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1)).
5. *Core health indicators in the WHO European Region 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/Document/HIS/Core\\_hth\\_indic.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HIS/Core_hth_indic.pdf)).
6. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1?language=German)).
7. Highlights on health [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/highlights?language=German>).

8. HiT country profiles [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/OBS/Hits/20020525\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/OBS/Hits/20020525_1)).
9. Books [Website]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2)).
10. Policy briefs [Website]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16)).
11. Euro Observer health policy bulletin [Website]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524\\_29](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_29)).
12. eurohealth [Website]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524\\_26](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_26)).
13. European Observatory on Health Systems and Policies [Website]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (<http://www.euro.who.int/observatory>).
14. HEN. Erkenntnisberichte und Kurzfassungen [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/20030820\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/20030820_1?language=German)).
15. HEN. Evidenzquellen [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/20030602\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/20030602_2?language=German)).
16. Veröffentlichungen [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/20010827\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/20010827_1?language=German)).
17. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/main/WHO/Home/TopPage?language=German>).
18. The world health report [Website]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/en>).
19. Currie C, Roberts C, Morgan A et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1)).
20. Mckee M, Macle hose L, Nolte E, eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press, 2004 (European Observatory on Health Systems and Policies Series; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040614\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040614_1?language=German)).
21. Medienzentrum [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/mediacentre?language=German>).

## 7. Infrastruktur und Logistik

---

Ausgaben: 17 329 637 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 10,8%

---

Bedienstete: 38

---

Die Aufgaben des Regionalbüros im Bereich von Infrastruktur und Logistik umfassen die Administration der Dienststellen des Büros in der gesamten Region, ihre Sicherheit und betriebliche Wirtschaftlichkeit, den Empfang von Besuchern und Lieferanten und die Informationssysteme der Verwaltung.

Wie im vorangegangenen Zweijahreszeitraum wurden das Arbeitsumfeld und die Verwaltungskapazität aller Dienststellen durch die ergriffenen Maßnahmen verbessert.

### Infrastruktur

Während des Zweijahreszeitraums investierte das Büro in seine Infrastruktur gemäß einer dreigeteilten Strategie, die der Einbindung der Dienststellen vor Ort diente und sowohl die Sicherheit erhöhte als auch das Arbeitsumfeld und die Notfallplanung verbesserte.

#### *Einbindung der Dienststellen vor Ort*

Die Dienststellen vor Ort wurden sowohl physisch als auch vom Betriebsablauf besser in das Regionalbüro eingebunden, um Betriebsgrößensparnisse zu maximieren, Überlappung von Verwaltungsarbeit zu vermeiden und die Effizienz zu steigern. Das Leitmotiv hierbei hieß: Ein Land, ein Länderbüro, ein Arbeitsplan, ein Team. Wo dies möglich war, wurden die Dienststellen vor Ort mit anderen Partnern der WHO und der Vereinten Nationen in gemeinsamen Büros oder Initiativen gebündelt.

Fachteams zogen daher aus vormalig getrennten Büros in Ländern wie Rumänien und der Ukraine in ein einziges WHO-Länderbüro, während Bedienstete aus Kopenhagen zu anderen Partnern wie dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und dem jetzt in Brüssels angesiedelten EU-Repräsentationsbüro der Europäischen Region entsandt wurden.

#### *Verbesserung des Arbeitsumfeldes*

Die Vertretung der WHO in den Ländern hat sich in der Regel aus kleinen Arbeitsräumen in den Gesundheitsministerien zu voll ausgerüsteten Büros mit dem erforderlichen Platz und moderner Technik entwickelt, wie es heutigen Effizienzstandards entspricht. So wurden weitere Länderbüros mit modernen Möbeln, Rechnern, Telekommunikationsausrüstung und weiteren Notwendigkeiten ausgestattet wurden.

Erfolgreiche Verhandlungen mit der dänischen Regierung führten dazu, dass das Regionalbüro in Kopenhagen auf einen angrenzenden Neubau Zugriff erhielt.

### ***Sicherheit und Notfallmaßnahmen***

Wegen der Zunahme des globalen Terrorismus hat der Generalsekretär der Vereinten Nationen eine drastische Verschärfung der Sicherheitsmaßnahmen in allen Gebieten verlangt, in denen die WHO oder ihre Schwesterorganisationen operieren. Somit mussten Investitionen getätigt werden, die alle Dienststellen der Region besser dazu in die Lage versetzten, Anschläge zur Schädigung von Personal oder Material zu verhindern oder zu überstehen.

Neben den Investitionen in die Infrastruktur stellte das Regionalbüro auch Spezialausrüstung zum Schutz seiner Bediensteten oder zur Erleichterung ihrer Maßnahmen bei Bedarf oder in Krisengebieten oder anderweitig gefährlichen Gebieten der Region bereit. Diese Maßnahmen wurden von einer Sicherheitsschulung durch Fachleute des WHO-Hauptbüros und aus der Expertengruppe zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten wie der Vogelgrippe begleitet.

Das Büro in Kopenhagen verfügt über moderne Telekommunikationsausrüstung, Notaggregate, Videokonferenztechnik und einen leistungsstarken Internetzugang. Dadurch können die Bediensteten simultan mit vielen verschiedenen Zentren in der ganzen Welt kommunizieren und aktiv an gemeinsamen Maßnahmen gegen Krisen teilnehmen, welche die Region betreffen. Über die Kontrollräume sind das WHO-Hauptbüro und die Regionalbüros oft miteinander in Kontakt.

## **Managementinformationssysteme**

Die zweite Komponente der Aufgaben im Bereich Infrastruktur und Logistik ist die Informationstechnologie und die Telekommunikation.

Im Zweijahreszeitraum hat die WHO insgesamt die Handhabung ihrer Informationssysteme neu gestaltet. Das Regionalbüro nahm eine umfassende Überprüfung seiner alten und bisweilen obsoleten Informationssysteme vor und bestätigte dadurch den Bedarf nach einer Neustrukturierung der administrativen Datenbanken und der Meldesysteme und der Art des Informationsaustausche mit den Bediensteten in Kopenhagen und vor Ort.

Das Büro unternahm diese Überprüfung in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro, das gleichzeitig eine globale Überholung der Informationstechnologie in Gestalt des neuen Globalen Management-Systems einleitete. Das Regionalbüro beteiligte sich aktiv am Design um sicherzustellen, dass das System den Informations- und Transaktionsbedarf der eigenen Bediensteten und der Mitgliedstaaten erfüllt.

In Vorbereitung auf die Umsetzung des Globalen Management-Systems in 2007–2008 und zur Vereinheitlichung und Optimierung der vorhandenen Systeme begann das Büro mit der Einbindung und Vernetzung seiner administrativen Datenbanken.

## 8. Verwaltungsdienste

---

Ausgaben: 7 688 428 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 4,8%

---

Bedienstete: 38

---

Die Verwaltungsdienste des Regionalbüros unterstützen die Fachreferate in der effizienten Ausnutzung der Mittel, damit sie die von den Mitgliedstaaten festgesetzten Ziele unter Einhaltung der Regeln und rechtlichen Verpflichtungen der WHO erreichen können.

Die meisten Verwaltungsdienste sind noch immer im Kopenhagener Büro angesiedelt, doch mit der Zunahme der Dienststellen vor Ort und deren steigenden Verwaltungskapazitäten wird es schrittweise weitere Befugnisse und administrative Handlungen an diese delegieren. Um dies während des Zweijahreszeitraums zu erleichtern, hat das Büro alle Verwaltungsassistenten vor Ort intensiv, praktisch geschult und mit der Einstellung von neuen Verwaltungsleitern in den größten Büros begonnen.

Diese Delegation von Verantwortung folgt einem Zuständigkeitsrahmen, der während des Zweijahreszeitraums erarbeitet und umgesetzt wurde. Er wird sich insbesondere erheblich auf die Haushalts- und Finanzfunktionen auswirken. Parallel dazu hat das Büro seine Transaktionsrichtlinien überprüft und Verwaltungsberichte erarbeitet und im Intranet zur Verfügung gestellt, damit sich die dezentralisierten Aufgaben besser überschauen lassen.

### Humanressourcen, Personalentwicklung und Ombudsperson

Während des Zweijahreszeitraums bearbeitete das Regionalbüro nicht allein die Anstellungsverträge der ca. 700 Bediensteten, sondern darüber hinaus auch Verträge für mehr als 3000 Konsultanten und Experten. Gemeinsam mit dem WHO-Hauptbüro organisierte es auch die Beteiligung seiner Bediensteten an globalen, regionalen und lokalen Schulungen.

Das Büro hat eine integrierte Herangehensweise an Gesundheit am Arbeitsplatz entworfen und umgesetzt: Erstmals wurden hierfür Beiträge von Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Betriebsärzten, Sportlehrern und anderen Beratern zu einem umfassenden Konzept für die Gesundheit der Bediensteten in Kopenhagen, ob im Büro oder unterwegs, vereint. Dieser integrierte Ansatz wird vom Personalausschuss für Gesundheitsförderung unterstützt. Der Ausschuss, in dem Bedienstete jeder Abteilung vertreten sind, hat zwei Arbeitsgruppen gebildet: Eine von diesen beschäftigt sich in erster Linie mit dem Themenbereich Gesundheit am Arbeitsplatz, die andere konzentriert sich auf gesellige Aktivitäten, die geeignet sind, körperliche Betätigung und psychisches Wohlbefindens zu fördern.



Diese Herangehensweise wurde vom Regionalbüro erstmalig in der WHO erfolgreich erprobt. Zurzeit wird mit der Personalvereinigung und dem Hauptbüro erörtert, wie sich das Konzept auf alle WHO-Büros in der Region und darüber hinaus ausdehnen lässt.

Im Rahmen der Vertragsreform gelang es, das Verhältnis von festen Verträgen und Kurzzeitverträgen umzukehren: Der Anteil der Bediensteten mit festen Verträgen stieg im Zweijahreszeitraum von 40 auf 60%. Dieser Prozess wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der Programme des Regionalbüros und der Personalvereinigung durchgeführt. Doch ist dies lediglich der Anfang. Das Büro ist der vom kürzlich verstorbenen WHO-Generaldirektor vorgegebenen Linie verpflichtet, den Anteil der Bediensteten mit festen Verträgen auf mindestens 70% anzuheben. Das lässt sich jedoch nur durch bessere Personalplanung durch alle WHO-Führungskräfte und mithilfe besserer Planungs- und Überwachungsinstrumente bewerkstelligen.

Die Aufgabe der Personalabteilung besteht wesentlich im Auffinden und Einstellen geeigneten Personals und im Festhalten an den vorhandenen Bediensteten. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Aufrechterhaltung vernünftiger Arbeitsverhältnisse sowohl im Umgang mit den einzelnen Bediensteten, als auch bei der Beratung der Leitung des Büros.

Dennoch kann es vorkommen, dass einzelne Bedienstete sich falsch verstanden fühlen oder es einfach vorziehen, ihre Probleme einer unabhängigen Person mitzuteilen und gemeinsam mit dieser nach Lösungen zu suchen. Zu diesem Zweck wählen die Bediensteten des Regionalbüros eine Ombudsperson, bei der sie nicht nur breite Kenntnisse der WHO-Regeln und -Vorschriften, sondern auch diplomatisches Geschick sowie kommunikative Fähigkeiten und Mittlerqualitäten voraussetzen. Die Ombudsperson ist also eine von der Verwaltung gestellte Führungskraft der Personalabteilung.

## Personalvereinigung

Im Laufe des Zweijahreszeitraums wurde der traditionell konstruktive Dialog zwischen der Verwaltung und der Personalvereinigung des Regionalbüros fortgesetzt. Dieser Dialog entfaltet sich in regelmäßigen Treffen (zweimonatlich mit dem Regionaldirektor und monatlich mit dem Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen sowie dem Leiter der Personalabteilung) sowie spontan anlässlich konkreter Themen.

Das wichtigste Anliegen der Personalvereinigung ist und bleibt die Gewährung fairer und gerechter Arbeitsbedingungen, von daher war sie auch an dem Vertragsreformprozess beteiligt. Das Büro muss nun sicherstellen, dass durch bessere Personalplanung ein erneuter Überhang an Kurzzeitverträgen vermieden werden kann.

Das Regionalbüro ist in Konsultation mit den Bediensteten und der Personalvereinigung dabei ein langfristiges personalpolitisches Konzept zu entwickeln, mit dem die Arbeitsbedingungen weiter verbessert und Probleme verhütet werden sollen. Verwaltung und Personalvereinigung stimmen nicht unbedingt in jedem Punkt überein, doch lehrt die Erfahrung, dass ein konstruktiver Dialog der gemeinsamen Fortentwicklung am besten dient.

## Haushalt und Finanzen

Den Fachprogrammen werden ihre Mittel zugewiesen, wo und wenn sie benötigt werden. Dieser Prozess beginnt in dem Moment, in dem die Mittel der WHO zur Verfügung gestellt werden, und dauert bis zu deren vollständiger Verwendung und im Falle der freiwilligen Beiträge bis zur Abrechnung mit dem Geber.

Die Bearbeitung der Transaktionen macht einen großen Teil der Aufgaben der Abteilung für Haushalt und Finanzen aus, da die bestehenden Finanzsysteme die Bearbeitung vor Ort nur sehr eingeschränkt zulassen. Die Bearbeitung umfasst das Vormerken der Mittel, ihre Überführung, Ein- und Ausgänge sowie die Berichterstattung für die gesamte Region. Mit Eintreffen des neuen Globalen Management-Systems im kommenden Zweijahreszeitraum wird ein erheblicher Teil dieser Arbeit in die Büros vor Ort verlagert werden.

Das Regionalbüro versieht aber auch eine Aufsichtsfunktion, damit die Mittel entsprechend der von den Gebern bestimmten Vorgaben eingesetzt werden. Die Berichte an Geber und Mitgliedstaaten müssen den Saldo der dem Büro zur Verfügung gestellten Mittel akkurat widerspiegeln. Interne und externe Prüfer führen hierzu im Büro regelmäßig Qualitätskontrollen durch.

## 9. Leitungsfunktion

---

Ausgaben: 11 521 298 US-\$

---

Anteil an den Gesamtausgaben: 7,2%

---

Bedienstete: 36

---

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Aufgaben der Leitung des Regionalbüros, darunter die des Regionaldirektors und der für die Leitungsgremien zuständigen Programme, sowie auf die Planung, Überwachung und Umsetzung.

Die WHO ist eine dezentralisierte Organisation ihrer Mitgliedstaaten und das heißt in der Praxis, dass sich die Leitungsfunktion auf Ebene der Region auf den Dialog zwischen dem Sekretariat und den Mitgliedstaaten zu Themen wie Anleitung und Abstimmung der Arbeit der Region im Gesundheitsbereich ebenso wie auf Beratung und Unterstützung einzelner Länder auf vertraglicher Grundlage oder auf Anfrage bezieht.

Die interne Leitung des Sekretariats beschäftigt sich mit der Festlegung der strategischen Richtung, der Erarbeitung von Grundsätzen, der Beaufsichtigung der Umsetzung und mit der Auswertung der erbrachten Leistung.

### Globale Leitung

Der Zweijahreszeitraum war günstig für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, da er ihnen die Gelegenheit gab, eine größere Rolle in der globalen Leitung der WHO zu übernehmen. Durch die Ratifizierung der geänderten Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO (1) erhöhte sich die Zahl der Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region von sieben auf acht bei einer Gesamtzahl von 34 Mitgliedern weltweit.

Verhältnismäßig lange waren die Stimmrechte einiger Nachfolgestaaten der Sowjetunion für die Weltgesundheitsversammlung aufgrund von Zahlungsrückständen suspendiert. Bis Ende des Zweijahreszeitraums hatten vier Länder ihr Stimmrecht zurückerlangt – die Ukraine 2004, Georgien, die Republik Moldau und Tadschikistan 2005 – die übrigen drei Länder dagegen noch nicht.

Im Zweijahreszeitraum wurde auch die Arbeitsweise der Unterausschüsse des Exekutivrats verändert. Drei Unterausschüsse wurden zum Programmhaushaltsausschuss verschmolzen, der erstmalig im Januar 2005 tagte. Zwei Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region sind in diesem Ausschuss vertreten, zunächst waren dies die Vertreter der Tschechischen Republik und Frankreichs.

2005 war Dr. David Gunnarsson aus Island Exekutivratsvorsitzender, Präsidentin der Weltgesundheitsversammlung war Frau Elena Salgado aus Spanien.

Der Programmhaushalt 2004–2005 (2) war der zweite konsolidierte Haushalt, der die gesamte Arbeit

der WHO in organisationsweit erwarteten Ergebnissen ausdrückt. Die erfolgreiche Erbringung dieser Ergebnisse hängt von den Beiträgen sämtlicher Ebenen der Organisation ab.

Die Schaffung eines einzigen Haushalts für alle Aktivitäten der WHO war ein wichtiges Instrument zur Abgleichung der Maßnahmen des Hauptbüros mit denen der Region und für ihre präzisere Ausrichtung. Insbesondere wurde so die Komplementarität der Maßnahmen zur Unterstützung der global gebilligten Agenden durchgesetzt und eine harmonischere Umsetzung herbeigeführt. Der gemeinsame Haushalt hilft auch Themen der Regionalebene (des WHO-Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees) mit den der Globalebene (des Exekutivrats und der Weltgesundheitsversammlung) abzustimmen.

Ein weiteres unmittelbares Ergebnis dieses vereinten Vorgehens sind die regelmäßigen Treffen von mit ähnlichen Themen befassten Bediensteten aus allen Teilen der Organisationen. Dies beugt Wiederholungen vor, ermöglicht das Lernen anhand von beispielhafter Praxis und fördert das schnelle gemeinsame Handeln in Krisenzeiten. Eine solche Vernetzung besteht für Systemeinheiten auf allen Ebenen der Organisation und umfasst auch die beigeordneten Generaldirektoren und die Direktoren für Programm-Management und sowohl fachliche als auch administrative Bereiche. Das Regionalbüro hat sein Engagement für Investitionen in diese Mechanismen der globalen Koordinierung und des Austausches deutlich gemacht und während des Zweijahreszeitraums eine Reihe globaler Tagungen ausgerichtet.

Ein praktisches Beispiel für die Konsolidierung der gesamten WHO-Aktivitäten war die unmittelbare Entsendung von Bediensteten des Regionalbüros in andere Regionen als Antwort auf den Tsunami in Südostasien und das Erdbeben in Pakistan (siehe S. 13).

## Regionale Leitung

Die Leitung der Region erfolgt durch das einmal jährlich tagende Regionalkomitee und in der Zwischenzeit durch den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees. Häufigkeit, Dauer und Arbeitsweise dieser beiden Gremien haben sich im Zweijahreszeitraum nicht wesentlich geändert.

### ***Regionalkomitee***

Die 54. Tagung (3) befasste sich 2004 mit vier Grundsatz- und Fachthemen:

- Der Europäischen Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten,
- dem Programmhaushaltsentwurf für 2006–2007,
- einer Strategie für die geografisch verteilten Büros des Regionalbüros,
- dem Follow-up zur Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit.

Eine Fachsitzung zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften fand neben der eigentlichen Tagung statt. Um für größere Kontinuität zu sorgen, wurde 2004 eine Sitzung zur Weiterverfolgung von

*Die Strategie der Europäischen Region für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen betont den lebenslangen Nutzen, den ein guter Start ins Leben mit sich bringt.*



© WHO

Themen eingeführt, auf welcher das Regionalkomitee über aktuelle Entwicklungen zu Diskussionen und Resolutionen früherer Tagungen informiert wird.

Auf seiner 55. (4) Tagung 2005 behandelte das Regionalkomitee fünf substantielle Fachfragen:

- Den Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO,
- das aktualisierte Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO,
- die nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme,
- die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (zu deren Erörterung auch die Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion gehörte),
- die Last durch Verletzungen in der Europäischen Region der WHO und die konzeptionelle Antwort darauf.

Daneben wurde das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO für 2006–2015 erstmalig vorgestellt.

Als Nebenveranstaltungen gab es Fachsitzungen zur Organisation des rumänischen Gesundheitssystems (veranstaltet vom rumänischen Gesundheitsministerium) und zu Adipositas, Ernährung und Bewegung sowie zu stärkerer vorbereitender Planung auf eine mögliche Grippepandemie.

### ***Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees***

Eine Reihe von Leitungsthemen kehrt regelmäßig auf Tagungen des Ständigen Ausschusses (5) wieder und kann als Leitschnur seiner Arbeit angesehen werden. Einige dieser Themen wurden während des Zweijahreszeitraums erledigt, andere Initiativen wurden erst gerade begonnen, einige globale Themen sind weiter relevant.

Der Ständige Ausschuss nahm die Situation der geografisch verteilten Außenstellen des Regionalbüros mit all den praktischen und politischen Auswirkungen erst 2003 ernsthaft in Angriff. Er regte für die Zukunft ein klares Konzept an. Eine Arbeitsgruppe verfolgte das Thema, das nach viel Reflexion und Diskussion 2004 erfolgreich vom Regionalkomitee (6) behandelt wurde.

Die Billigung des aktualisierten GFA-Rahmenkonzepts vollendete 2005 das Ergebnis einer zweijährigen Arbeit, an welcher der Ständige Ausschuss sehr aktiv beteiligt war, indem er das beste einzuschlagende Verfahren viel debattierte. Das Ergebnis ist eine Aktualisierung, welche die Grundprinzipien des Konzepts bestätigt, die aber auch einen neuen Einfallswinkel bietet, nicht vorschreibt, sondern den nationalen Politikgestaltern den Rahmen einer möglichen Architektur für eine auf Werten beruhende Gesundheitspolitik anbietet (7).

Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm erschien regelmäßig auf der Tagesordnung des Ständigen Ausschusses. Auf seine Bitte hin fand in Kopenhagen vom 10. bis 11. Januar 2006 eine Konsultation der Region unmittelbar vor der Exekutivratstagung statt. Auch wenn das Dokument nicht eingehend geprüft werden konnte, so entsprach dieses Konsultationsverfahren doch den Überlegungen des Ständigen Ausschusses, nämlich dass die Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region bei der Bewertung des Dokuments eine breite regionale Sichtweise einnehmen sollten.

Die große Anzahl von WHO-Kooperationszentren in der Europäischen Region und die auf dem Regionalkomitee zu ihnen erhobenen Fragen veranlassten den Ständigen Ausschuss dazu, diese auf mehreren seiner Tagungen zu erörtern. Der Ständige Ausschuss verfolgte den Aufräumprozess zur Beendigung des Kooperationsstatus von Zentren, welche nicht mehr über zukunftsfähige Beziehungen zur WHO verfügten, sowie die Bemühungen darum, dass Aufgabenbereiche und Arbeitspläne der verbleibenden Zentren besser zu den Prioritäten und Zielen der WHO passten.

Der Ständige Ausschuss hat den Gedanken unterstützt, dass die nächste thematische Evaluierung der gesamten WHO sich mit den Kooperationszentren befasst, was dazu geführt hat, dass das Sekretariat des Regionalbüros eine zunehmend wichtige Rolle bei dieser Evaluierung spielen wird. Es ist zu hoffen, dass diese Evaluierung zu innovativen Wegen einer optimalen Nutzung der in den Kooperationszentren steckenden Ressourcen führen wird. Außerdem wünschen sich Mitgliedstaaten mit vielen Zentren Methoden zur Quantifizierung der Unterstützung, die sie der WHO auf diese Weise leisten.

2004 bat das Regionalkomitee den Regionaldirektor um die Ausarbeitung einer strategischen Vision der Funktion und Position des Regionalbüros in der Zukunft (bis 2020). Es wurde angeregt, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die dem Ständigen Ausschuss berichten würde.

2005 wurde eine multidisziplinäre Gruppe eingerichtet, zu der vier Mitglieder des Ständigen Ausschusses und sechs Fachleute aus den Bereichen Soziologie, Futurologie, Gesundheitsökonomik, Epidemiologie, Politik und Journalismus gehören. Die erste Zusammenkunft fand im September 2005 in Kopenhagen statt und beschäftigte sich mit den Gesundheitstrends und Szenarios für die Europäische Region im Jahr 2020. Die Ergebnisse sowie ein Plan für die verbleibende Arbeit wurden dem Ständigen Ausschuss im November 2005 vorgetragen. Das Ergebnis dieser Arbeit wird dem Regionalkomitee 2006 vorgestellt werden.

Schließlich prüfte der Ständige Ausschuss eingehend den neuen Vorschlag für Leitprinzipien bei der Mittelzuweisung an die WHO-Regionen und das dazu gehörige Validationsverfahren. Allgemein unterstützte der Ausschuss den ursprünglichen Vorschlag und drückte seine Zufriedenheit mit dem eingeschlagenen Weg aus. Doch obwohl diese unterstützende Haltung an die Mitglieder des Programmausschusses übermittelt wurde, ließ sich dort kein vollständiger Konsens über den Vorschlag erzielen, sodass der Exekutivrat um weitere Modifikationen bat.

## Leitung des Sekretariats

### *Elf Entwicklungsstränge*

Zur Beschreibung der strategischen Richtung des Regionalbüros in seiner zweiten fünfjährigen Amtszeit hat der Regionaldirektor einen elf Hauptthemen erfassenden Plan erarbeitet. Die elf Entwicklungsstränge erstrecken sich über folgende Themen:

1. Stärkung der Gesundheitssysteme
2. Stärkung der Informations-/Erkenntnisfunktion
3. Koordinierung der Länderaktivitäten
4. Ausbau von Partnerschaften
5. Größere Sichtbarkeit
6. Evaluation und Berichte über Erreichtes
7. Aktualisierung der „Gesundheit für alle“
8. Auswählen und Hervorheben der wichtigsten Herausforderungen für die Bevölkerungsgesundheit
9. Erhalt und Entwicklung von Fähigkeiten
10. Rationalisierung von Verwaltungsabläufen
11. Mittelbeschaffung.

Diese elf Prozesse sind sehr unterschiedlicher Natur. Sie bezwecken die Sicherung einer gemeinsamen, gleich gerichteten Bemühung des gesamten Sekretariats um verbesserte Dienste für

die Mitgliedstaaten. Jede/r Bedienstete hat Anteil an diesen Prozessen, die Vorgehensweise ist daher horizontal ausgerichtet. Ein Mitglied der Leitung des Regionalbüros steht an der Spitze jedes Prozesses. In Übereinstimmung mit dem gesamten Fokus auf resultatorientiertes Management sind für jeden Prozess die erwarteten Ergebnisse und Indikatoren, an denen sich ihre Erfüllung messen lässt, sowie eine Liste der vorzunehmenden Schritte festgelegt.

Ein internes Papier, das die Prozesse, Ergebnisse und Indikatoren beschreibt, wurde von der Leitung des Regionalbüros und auf Klausurtagungen der Abteilungen erörtert sowie auf Personalversammlungen erläutert. Dieses Papier ist gewissermaßen ein Vertrag zwischen den Bediensteten des Regionalbüros und dem Regionaldirektor. Auch wenn das Dokument zur Orientierung der Arbeit des Sekretariats dient, so werden manche Ergebnisse doch für den externen Gebrauch erzielt und an vielen der Prozesse haben auch die Leitungsgremien, insbesondere der Ständige Ausschuss, Anteil. Nicht alle Prozesse sind gleich weit fortgeschritten, einige Ergebnisse liegen jedoch schon vor, z. B. eine Reihe von Instrumenten für verbesserte Rückmeldung.

Die 2000 geschaffene Beratungsgruppe „WOW“ bemüht sich Konvergenz, Effizienz und Teamwork zu fördern. WOW ist sowohl eine Einheit als auch ein von Bediensteten aller Abteilungen genutzter Mechanismus, mit dem gemeinsame Probleme analysiert oder Themen von gemeinsamem Interesse studiert werden. Häufig nehmen die Initiativen die Form von Qualitätszirkeln an, in denen die Prozesse analysiert, rationalisiert und verbessert werden, damit Mängel, Verzögerungen und andere von der Gruppe erkannte Probleme überwunden werden. Eine alternative Herangehensweise für Bedienstete, die mehr über arbeitsrelevante Themen lernen möchten, sind die gelegentlich für den Austausch von Erfahrungen, Gedanken, neuen Techniken oder allgemeinen Informationen zusammenkommenden informellen Gruppen (Praxisgemeinschaften).

### **Managementinstrumente**

Es war seit längerer Zeit deutlich, dass dem Regionalbüro einige Instrumente für ein gutes internes Management und zur Gewährleistung von Transparenz und Konsistenz in der Berichterlegung fehlten. Solche Instrumente wurden benötigt, um die strategische Richtung des Büros anzugeben, die internen Verfahren einzuhalten und konzentrierte brauchbare Informationen an externe Partner und die Mitgliedstaaten erteilen zu können.

Das Problem lag nicht so sehr im Mangel an Informationen begründet, wie in der Aggregation derselben aus den unterschiedlichen Bereichen: Fachgebiete, Haushalt und Finanzen sowie Humanressourcen. Außerdem führten verschiedene Stufen von Ausführlichkeit und unterschiedliche Formate der gewonnenen Informationen zu unnötiger Komplikation und Konfusion, sowohl innerhäuslich als auch in der Kommunikation mit externen Partnern.

Eines der nützlichsten Werkzeuge, das gegen Ende 2005 entwickelt wurde, ist der so genannte Fahrplan des Regionalbüros, von dem Teile in Anhang 1 wiedergegeben sind. Er ermöglicht dem Büro die im Programmhaushalt ausgedrückten Absichten aufzunehmen und in einen einzigen Arbeitsplan für das Büro im Zweijahreszeitraum umzuwandeln. Der Plan beschreibt den gesamten finanziellen und



personellen Bedarf des Büros sowie die programmatischen Verpflichtungen für diesen Zeitraum. Der finanzielle Bedarf erfasst alle Finanzierungsquellen und Maßnahmen des Regionalbüros einschließlich derjenigen in den Ländern. Dieses Instrument wird zur Überwachung des Haushaltsvollzugs verwendet werden.

### Überwachung des 10. Allgemeinen Arbeitsprogramms

Der Berichtszeitraum endete zeitgleich mit dem Ablauf des Allgemeinen Arbeitsprogramms (2002–2005) (8). Dieser beschrieb vier strategische Richtungen, durch welche der fachlichen Arbeit der WHO ein breiter Rahmen vorgegeben wahr. Er enthielt auch sechs zentrale Aufgaben, auf die sich die Aktivitäten des WHO-Sekretariats konzentrieren sollten. Das Regionalbüro hat während der zwei vom Programm erfassten Zweijahreszeiträume in Übereinstimmung mit diesem seine fachliche Arbeit an den sechs zentralen Funktionen ausgerichtet und überwacht. Einige Aktivitäten fielen unter zwei der zentralen Aufgaben, andere waren dagegen nicht einfach zu klassifizieren, die interne Überwachung erlaubte es dem Büro jedoch, die Gesamtleistung seiner fachlichen Arbeit mit den sechs zentralen Funktionen abzugleichen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anteil der fachlichen Arbeit des Regionalbüros zur Unterstützung der sechs zentralen Aufgaben aus dem 10. Allgemeinen Arbeitsprogramm**

Aufgaben	Fachliche Arbeit [%]
1. Stimmige ethische und evidenzbasierte Grundsatzpositionen und Überzeugungsarbeit	15
2. Informationsmanagement durch Trendbewertung und Leistungsvergleich, Tagesordnung für Forschung und Entwicklung bestimmen und anregen	19
3. Durch fachliche und konzeptionelle Unterstützung als Katalysator des Wandels wirken auf eine Weise, die zu Kooperation und Handlung anregt und beim Aufbau nachhaltiger nationaler und internationaler Kapazitäten hilft.	43
4. Nationale und globale Partnerschaften aushandeln und erhalten	6
5. Normen und Standards festlegen, validieren, überwachen und ihre geeignete Umsetzung betreiben	8
6. Entwicklung und Erprobung neuer Techniken, Instrumente und Leitlinien zu Bekämpfung von Krankheiten, Risikominderung, Management der Gesundheitsversorgung und Leistungserbringung stimulieren.	9

Quelle: *General Programme of Work, 2002–2005* (8).

## Literatur

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic texts*, 44th ed. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={9D5}&softpage=Document42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={9D5}&softpage=Document42)).

2. Proposed Programme Budget 2004–2005 [Website] Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/gb/e/e\\_ppb2003.html](http://www.who.int/gb/e/e_ppb2003.html)).
3. Vierundfünfzigste Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 ([http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC54/20050131\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC54/20050131_1?language=German)).
4. Fünfundfünfzigste Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/20050920\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/20050920_1?language=German)).
5. Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20010825\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20010825_1?language=German)).
6. *Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (EUR/RC54/9; <http://www.euro.who.int/document/rc54/gdoc09.pdf>).
7. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 7; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=German)).
8. *General Programme of Work, 2002–2005*. Geneva, World Health Organization, 2001 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/GPW\\_2002-2005.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/GPW_2002-2005.pdf)).

# Anhang 1

## Programm-Management und -Umsetzung

Die in dieser Tabelle gezeigten Daten über die verwendeten finanziellen und humanen Ressourcen wurden für die einzelnen Kapitel des Berichts verwendet.

Aufgabe	Finanzielle Ausgaben		Humanressourcen (gerechnet als Vollzeitkräfte <sup>a</sup> )			
	US\$	%	Kopenhagen/ Zentren		Länder	
			P <sup>b</sup>	GS <sup>c</sup>	P	GS
Aktivitäten in Ländern	12 951 433	8,1	3,3	3,9	47,1	65,2
Gesundheitssysteme	23 329 000	14,6	22,1	16,1	12,4	13,9
Übertragbare Krankheiten	32 843 283	20,5	27,7	19,7	27,3	20,1
Nichtübertragbare Krankheiten, Lebensweisen und Gesundheitsdeterminanten sowie Gesundheit in Familie und Gemeinschaft	19 021 388	11,9	27,4	21,5	4,1	0,4
Gesundheit und Umwelt	18 836 524	11,8	25,5	24,1	1,0	0,0
Gesundheitserkenntnisse und Veröffentlichungen für die Bevölkerungsgesundheit	16 372 946	10,2	31,1	25,9	0,0	0,0
Infrastruktur und Logistik	17 329 637	10,8	8,0	29,1	0,4	0,0
Verwaltungsdienste	7 688 428	4,8	6,1	32,3	0,0	0,0
Leitungsfunktion	11 521 298	7,2	14,5	21,4	0,0	0,0
<b>Insgesamt</b>	<b>159 893 937</b>	<b>100,0</b>	<b>165,5</b>	<b>194,0</b>	<b>92,2</b>	<b>99,5</b>

<sup>a</sup> Angegeben als Gesamtarbeitszeit in Monaten.

<sup>b</sup> Höherer Dienst.

<sup>c</sup> Allgemeiner Dienst.

## Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17, Fax: +45 39 17 18 18  
E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Dieser Bericht stellt die vom WHO-Regionalbüro für Europa mit seinem Kern von 550 Mitarbeitenden und einem Haushalt von 159 893 937 US-\$ im Zeitraum 2004–2005 geleistete Arbeit dar. Er ist nach neun Aufgabenbereichen gegliedert:

1. Aktivitäten in Ländern
2. Gesundheitssysteme
3. Übertragbare Krankheiten
4. Nichtübertragbare Krankheiten, Lebensweisen und Gesundheitsdeterminanten sowie Gesundheit in Familie und Gemeinschaft
5. Umwelt und Gesundheit
6. Gesundheitserkenntnisse und Veröffentlichungen für die Bevölkerungsgesundheit
7. Infrastruktur und Logistik
8. Verwaltungsdienste und
9. Leitungsfunktion

So soll die Nutzung der finanziellen und humanen Ressourcen durch das Regionalbüro für auf die Bedürfnisse der Länder zugeschnittene Dienste transparenter dargestellt werden.

### Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

### Mitgliedstaaten

Albanien  
Andorra  
Armenien  
Aserbaidschan  
Belgien  
Bosnien-Herzegowina  
Bulgarien  
Dänemark  
Deutschland  
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien  
Estland  
Finnland  
Frankreich  
Georgien  
Griechenland  
Irland  
Island  
Israel  
Italien  
Kasachstan  
Kirgisistan  
Kroatien  
Lettland  
Litauen  
Luxemburg  
Malta  
Monaco  
Niederlande  
Norwegen  
Österreich  
Polen  
Portugal  
Republik Moldau  
Rumänien  
Russische Föderation  
San Marino  
Schweden  
Schweiz  
Serbien  
Slowakei  
Slowenien  
Spanien  
Tadschikistan  
Tschechische Republik  
Türkei  
Turkmenistan  
Ukraine  
Ungarn  
Usbekistan  
Vereinigtes Königreich  
Weißrussland  
Zypern

ISBN 92-890-3385-1



9 789289 033855