



EUROPA

Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum

2006–2007

Zweijahresbericht des Regionaldirektors

**Die Arbeit der WHO
in der Europäischen Region
im Zeitraum 2006–2007**

**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 über 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 im Zeitraum 2006–2007

Zweijahresbericht des Regionaldirektors

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007:
Zweijahresbericht des Regionaldirektors.

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

ISBN 978 92 890 3412 8

(NLM-Klassifizierung: WA 540)

ISBN 978 92 890 3412 8

EUR/RC58/4

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

Publications

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 2008**

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

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

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

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

Layout (Titel): Cathal Connaughton, WHO-Regionalbüro für Europa

Layout (Text): Sven Lund

Printed in Denmark

Inhalt

Abkürzungen	vi
1. Einführung	1
2. Unmittelbare Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten	3
Übergang zu unmittelbarer Unterstützung von Ländern	3
Stärkung der WHO-Länderbüros	7
Beispiele für die Arbeit in den Ländern sowie die Zusammenarbeit mit ihnen	8
Hauptaktivitäten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Union	18
3. Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Region durch normative und fachliche Aktivitäten	21
Gesundheitsprogramme: Höhepunkte der Aktivitäten	21
Höhepunkte bezüglich der Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO	42
4. Das WHO-Regionalbüro für Europa: Bereichsübergreifende Dienstleistungen, Organisation, Ressourcen und Verwaltungsführung	57
Bereichsübergreifende Dienstleistungen	58
Organisationsstruktur und Ressourcen	63
Aspekte der Verwaltungsführung bezüglich der Region	67
Literatur	69
Anhang 1. Der Programmhaushalt und seine Umsetzung	79

Abkürzungen

Organisationen

DFID	Ministerium für Internationale Entwicklung (Vereinigtes Königreich)
DIPECHO	Förderprogramm für Katastrophenvorsorge des Büros für Humanitäre Hilfe der Europäischen Kommission
EC	Europäische Kommission
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
ECHO	Büro für Humanitäre Hilfe der Europäischen Kommission
EKVM	Europäische Konferenz der Verkehrsminister
EU	Europäische Union
EUA	Europäische Umweltagentur
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
GD SANCO	Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (Europäische Kommission)
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
IAO	Internationale Arbeitsorganisation
IFRC	Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften
IOM	Internationale Organisation für Migration
IPPF	Internationale Föderation für Familienplanung
NHS	Nationaler Gesundheitsdienst (Vereinigtes Königreich)
NICE	Nationales Institut für Gesundheit und Klinische Exzellenz (Vereinigtes Königreich)
NIVEL	Niederländisches Institut für Gesundheitsforschung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OIE	Weltorganisation für Tiergesundheit
Sida	Schwedische Agentur für Internationale Entwicklungszusammenarbeit
UISAT	Forschungsgruppe Toxisches-Öl-Syndrom, Gesundheitsinstitut Carlos III. (Spanien)
UNAIDS	Gemeinsames HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNECE	Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa
UNEP	Umweltprogramm der Vereinten Nationen
UNFCCC	Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen

UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNODC	Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
UNTFHS	Treuhandfonds der Vereinten Nationen für menschliche Sicherheit
USAID	Behörde für Internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten
WMO	Weltorganisation für Meteorologie

Fach- und Verwaltungsausdrücke

BCA	Zweijährige Kooperationsvereinbarungen
CINDI	Landesweit integrierte Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten
DALY	Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre
FCTC	Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen
GS	Verwaltungsdienst
GSM	Globales Management-System
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HEN	Health Evidence Network
HINARI	Health InterNetwork Access to Research Initiative (Initiative für den Zugang zu Forschungsergebnissen im Health InterNetwork)
HIPP	Projekt Gesundheit im Strafvollzug
HiT	Gesundheitssysteme im Wandel (Länderprofile)
HSPA	Methoden zur Beurteilung des Leistungsgrades und der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
IMCI	Strategie für ein integriertes Management von Kinderkrankheiten
IPO	Internationale Fachbedienstete
IPSAS	Internationale Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor
NGO	Nichtstaatliche Organisationen
NPO	Nationale Fachbedienstete
OST	Opioidsubstitutionstherapie
PATH	Instrument zur Leistungsbewertung und Qualitätssteigerung in Krankenhäusern (Projekt)
SAFE	Sexuelle und reproduktive Gesundheit Jugendlicher in Europa (Projekt)
STI	Sexuell übertragene Infektionen
Tb	Tuberkulose
TOS	Toxisches-Öl-Syndrom (infolge Speiseölvergiftung)
YLD	Mit Behinderungen verbrachte Lebensjahre

1. Einführung

Dieser Bericht dient der Rechenschaftslegung über die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa im Zweijahreszeitraum 2006–2007. In Übereinstimmung mit der vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2000 beschlossenen Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ wurden Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten erbracht und Beiträge zur Gesundheit in der Europäischen Region der WHO geleistet (1). Auf der Grundlage von Untersuchungen der unterschiedlichen Mittel und Wege, mit denen das Büro die Bedürfnisse sowohl der östlichen als auch der westlichen Teile der Region zu erfüllen suchte, wurde in diesen letzten beiden Jahren der Übergang zur Arbeit in und mit Ländern weiterverfolgt.

Diese Veröffentlichung bietet interessante und anschauliche Beispiele der unmittelbaren Zusammenarbeit mit Ländern zur Verbesserung der Gesundheit und zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Er beschreibt auch die gesundheitsbezogenen Aktivitäten aus einem normativen und fachlichen Blickwinkel. Schlussendlich beleuchtet er auch die Strukturen, die Ressourcen und die Verwaltungsführung, die dem Büro ermöglichen, seine Aufgaben vor allem in zwei Beziehungen wahrzunehmen: erstens als unmittelbare Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten und zweitens in Erfüllung des Mandats der WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Gesundheitsangelegenheiten. Insgesamt wird das Regionalbüro in der Veröffentlichung als eine Organisation in Diensten ihrer Mitgliedstaaten dargestellt.

Der Bericht geht auch auf übergreifende Themen wie Partnerschaften, die Gewinnung von gesundheitsrelevanten Erkenntnissen, Kommunikation und Publikation ein, die das gesamte Büro betreffen und sich gleichermaßen durch den Bericht ziehen. Darin spiegelt sich die stetig zunehmende Bedeutung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich als wertvolle Partner für die Erzielung von Synergieeffekten wider.

Nach dieser Einführung befasst sich Kapitel 2 mit der in den letzten beiden Jahren weiterverfolgten Verlagerung des Schwerpunktes auf die Arbeit in und mit Ländern. Die unterschiedlichen Mittel und Wege werden untersucht, mit denen das Büro die Bedürfnisse sowohl der östlichen als auch der westlichen Teile der Region zu erfüllen strebte, und es werden einige interessante Beispiele der unmittelbaren Zusammenarbeit mit Ländern

beschrieben. Manche Beispiele beziehen sich auf Themen von Gesundheitsprogrammen, andere auf Gesundheitssysteme, wieder andere auf die Kombination von beiden.

Kapitel 3 zieht eine Bilanz der Aktivitäten, die dazu dienten, zur Gesundheit in der Region in ihrer Gesamtheit beizutragen, und die auf den zwei verflochtenen Ansätzen zur Gesundheitsarbeit beruhten: Konkrete Gesundheitsprogramme bestimmen den Inhalt, während Gesundheitssysteme das Medium und das Mittel sind, die intendierten Zwecke (Gesundheitsergebnisse) zu erreichen. Kapitel 4 ist der Betrachtung der organisatorischen Aspekte, den Ressourcen und der Verwaltungsführung des Regionalbüros gewidmet, ohne die es seine Aufgaben nicht wahrnehmen könnte. Anhang 1 bietet einen Überblick über den Programmhaushalt und die Programmumsetzung.

Ich hoffe, dass Sie diesen Bericht als anschaulich und nützlich beurteilen werden.

Marc Danzon

WHO-Regionaldirektor für Europa

2. Unmittelbare Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten

Im Elften Arbeitsprogramm (2) werden die sechs zentralen Aufgaben der WHO genannt:

1. Führungsrolle bei für die Gesundheit entscheidenden Themen und Arbeit in Partnerschaft bei Notwendigkeit gemeinsamen Handelns,
2. Ausformen der Forschungsagenda und Anspornen zur Erzeugung, Übersetzung und Ausbreitung wertvollen Wissens,
3. Ausgabe von Normen und Standards und Förderung und Überwachung ihrer Umsetzung,
4. Artikulation ethischer auf Erkenntnissen beruhender Grundsatzoptionen,
5. Fachunterstützung, Beförderung des Wandels und Aufbau nachhaltiger institutioneller Kapazitäten sowie
6. Überwachung der Gesundheitssituation und Bewertung gesundheitlicher Trends.

Angesichts der Bedeutung der Länderarbeit für das Regionalbüro widmet sich der Bericht zuerst den beiden letztgenannten Aufgaben. In Kapitel 3 wird auf die anderen drei eingegangen, während die Themen der Führungsrolle und der Partnerschaften Fäden darstellen, die sich durch den gesamten Bericht ziehen.

Übergang zu unmittelbarer Unterstützung von Ländern

Seit ihrer Gründung hat die WHO den Mitgliedstaaten erfolgreich ihr Fachwissen in fast allen gesundheitsbezogenen Bereichen zur Verfügung gestellt. Neuere Entwicklungen in der Region haben das Verständnis der jeweiligen besonderen Umstände der unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Länder verbessert. Um bestandsfähige Zugewinne an Gesundheit zu erzielen, müssen – wie die Erfahrung zeigt – individuelle Gesundheitsmaßnahmen in einen umfassenden Gesundheitssystemrahmen eingebettet werden. Damit die Anstrengungen der WHO wirklich nutzbringend sein können, brauchen die Mitgliedstaaten deshalb zuverlässige lokale, regionale und nationale Gesundheitssysteme und -institutionen. Dies war die Treibkraft für die Arbeit des Regionalbüros im letzten Zweijahreszeitraum.

Seit der vom Regionalkomitee 2005 angenommenen Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (3) hat das Regionalbüro nach Mitteln und Wegen gesucht, seine Wirkung

in Ländern zu gewährleisten. 2006 schlug das Regionalkomitee die selektive Beobachtung von Ländern vor. Weil die Aktualisierung nicht präskriptiv ist und keine Zielvorgaben oder Messlatten enthält, was Vergleiche erschwert, ersuchte es deshalb den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees, zu prüfen, wie diese durchzuführen sei. Der Ständige Ausschuss einigte sich darauf, dass die Beobachtung auf eine begrenzte Zahl verfügbarer Proxy-Indikatoren beschränkt, gegenwärtig gesammelte Erkenntnisse verwenden und durch einzelne Fallstudien ergänzt werden sollte. Zusätzlich hat das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik¹ die Festlegung von Zielvorgaben in Ländern überprüft (4). Es wurden viele Gesundheitsmaßnahmen einschließlich Zielvorgaben beschlossen; Belege für ihre Wirksamkeit existieren jedoch kaum. Das Observatorium untersuchte deshalb die Erfahrungen einiger Länder, die Zielvorgaben verwenden, wobei es sich auf eine Reihe von Fallstudien stützte. Um herauszufinden, was funktioniert hat und was nicht (5), wurde in diesen Studien untersucht, ob die Wirksamkeit der gesundheitsbezogenen Zielvorgaben gemessen wurde, ob sie erreicht wurden und ob sie die angestrebte Wirkung hatten. Wenngleich die Ergebnisse sehr uneinheitlich waren, konnten viele wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden. Des Weiteren tragen die weiter unten in diesem Kapitel beschriebenen Beispiele für die Arbeit in und mit Ländern zu dieser Wirkungsanalyse bei.

Wie hat sich die Länderarbeit entwickelt? Der Übergang zur Erfüllung der Bedürfnisse der Mitgliedstaaten durch eine konkrete Länderstrategie, die im Jahr 2000 vom WHO-Regionalkomitee für Europa gebilligt wurde (6), bedeutete für das Regionalbüro einen Wendepunkt. Die Strategie berücksichtigte sowohl die Unterschiede als auch die Ähnlichkeiten zwischen den 53 Ländern in der Region und trug auf diese Weise der Notwendigkeit Rechnung, jedem Land in seiner Einzigartigkeit gerecht werden zu müssen.

In den letzten beiden Jahren konzentrierte sich das Regionalbüro darauf, auf jeden Mitgliedstaat zugeschnittene landesspezifische Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitssystementwicklung anzubieten, unabhängig davon, ob es sich dabei um Länder im Übergang zur Marktwirtschaft, Kandidaten für den EU-Beitritt, EU-Mitglieder oder andere Länder handelte.

Es hat den Auftrag, „die Länder dabei zu unterstützen, 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

¹ Das Observatorium ist eine Partnerschaft des Regionalbüros mit internationalen Organisationen, nationalen Regierungen, Forschungseinrichtungen, einer Region und einer internationalen nichtstaatlichen Organisation. Nähere Informationen zur Arbeit des Observatoriums enthält Kapitel 4.

Gesundheit einzutreten“ (7). Es hat sich bemüht, diesen Auftrag zu erfüllen, indem es beispielsweise Ländern geholfen hat, Public-Health-Prioritäten zu berücksichtigen, eine Evidenzbasis aufzubauen und stabile Gesundheitsinformationssysteme einzurichten.

Um die Duplikation und Fragmentierung von Aktivitäten zu vermeiden, hat das Büro ferner die Länderstrategie mit den Initiativen anderer in dem Bereich tätiger Akteure abgestimmt. Das Büro hat seine internationalen Partnerschaften gestärkt und insbesondere leistungsfähige Allianzen mit Organisationen geschlossen, die zunehmend ebenfalls mit der Gesundheitsagenda befasst ist. Dazu zählen etwa die Europäische Union, die Weltbank, die GAVI-Allianz und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria.

Der Übergang zu länderspezifischer Unterstützung war der logische Schritt. Nach der Festlegung der weiteren Vorgehensweise im Jahr 2000 hat das Regionalbüro sich selbst und seine Aufgaben schrittweise darauf eingestellt, die Bedürfnisse der Gesundheitssysteme der einzelnen Mitgliedstaaten besser zu erfüllen und seine Leistungen auf der Länderebene zu erbringen. Das Büro hat zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCA) mit 33 Ländern abgeschlossen. Die Gruppe Politik und Systeme der Länder mit Strategieexperten für jedes Land bot strategische Orientierung und Analysen. Die zur Berücksichtigung in diesen Vereinbarungen ausgewählten vorrangigen Bereiche wurden auf die vier Aufgaben von Gesundheitssystemen abgestimmt: Steuerung (oder Führung), Schaffung von Ressourcen (durch Investitionen und Ausbildung), Leistungserbringung und Finanzierung (durch Mittelbeschaffung und -zusammenlegung sowie Einkauf).

Die unmittelbare Länderpräsenz ist ein wichtiger Faktor für die Erbringung der Unterstützungsleistungen durch die WHO, insbesondere in Ländern mit einer höheren Krankheitslast. Das Regionalbüro hat diesem Faktor weiter Rechnung getragen und bemüht sich um den Aufbau einer starken Länderpräsenz.

Organisatorisch wurde die Gruppe Aktivitäten in den Ländern mit dem Ziel weiter ausgebaut, alle Aktivitäten des Regionalbüros in Ländern unter einem Managementdach zu vereinen. Der Auftrag und die Aufgaben des Personals von Länderbüros wurden überprüft und aktualisiert. Um die Managementkoordination und -unterstützung zwischen den Länderbüros und allen anderen Gruppen und Diensten des Regionalbüros wahrnehmen zu können, wurde der Helpdesk für Länderarbeit personell besser ausgestattet und seine Leistungskapazität vergrößert.

Der Helpdesk für Länderarbeit hat drei Hauptaufgaben:

1. sicherzustellen, dass die Länderbüros über die notwendigen Instrumente verfügen, um die Umsetzung von BCA auf der Länderebene zu unterstützen und zu erleichtern;

2. das Management des Regionalbüro bei vielen Aspekten der Länderarbeit und der länderübergreifenden Arbeit zu unterstützen, insbesondere solchen, die die Koordinierung und das Management betreffen;
3. für die tägliche Arbeit des Büros eine wichtige Verbindung zu Gesundheitsprogrammen sowie zur Abteilung Verwaltung und Finanzen zu bieten.

Der Helpdesk ist für alle Länder in der Region zuständig: sowohl solche, in denen die WHO Länderbüros unterhält, als auch diejenigen, in denen die WHO ohne eine ständige Präsenz tätig ist. Letztere liegen zumeist im westlichen Teil der Europäischen Region. Eine Verbindung zum WHO-Hauptbüro über die Abteilung Länderarbeit gewährleistet, dass das Regionalbüro im Einklang mit globalen WHO-Initiativen arbeitet und bei Bedarf die Unterstützung der gesamten Organisation mobilisieren kann, um bessere Dienstleistungen für seine Mitgliedstaaten erbringen zu können.

Das Regionalbüro kooperiert häufig mit westeuropäischen Mitgliedstaaten ohne eine ständige WHO-Präsenz. Andererseits unterhält das Regionalbüro ein Büro in der belgischen Hauptstadt Brüssel für die Vertretung bei der Europäischen Union, für das kürzlich ein strategischer Rahmen und ein detaillierter Aktionsplan beschlossen wurden (siehe Kapitelende).

Außerdem hat das Regionalbüro seine Zusammenarbeit mit westlichen Mitgliedstaaten so weit wie möglich auf deren konkrete Bedürfnisse und Wünsche zugeschnitten. Bei der Umsetzung zweijähriger Kooperationsvereinbarungen mit Andorra, Belgien und Portugal wurde die strategische Ausrichtung dieser Zusammenarbeit erneut gestärkt. Darüber hinaus konnte durch die Serie der Konferenzen im Rahmen der Zukunftsforen 2006–2007 die Debatte hochrangiger politischer Entscheidungsträger über besonders wichtige Public-Health-Themen weiter stimuliert werden.

Ein anderes wichtiges Element für die Verbesserung dieses strategischen Ansatzes bestand darin, die Länderarbeit des Regionalbüros auf die Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen und -institutionen zu konzentrieren. Unabhängig von den beträchtlichen Unterschieden zwischen den Gesundheitssystemen in der Europäischen Region der WHO sind wirksame Gesundheitssysteme in der Tat eine Voraussetzung für bestandsfähige Verbesserungen der Gesundheit der Bevölkerung in der Region. Unterschiedliche Herausforderungen, Prioritäten und Ressourcen in jedem Mitgliedstaat erfordern maßgeschneiderte Ansätze und Antworten, die den Bedürfnissen jedes Landes entsprechen. Der Bericht über die Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros an das Regionalkomitee im Jahr 2004 stellte sich der Herausforderung, zu definieren, was

getan werden muss, damit Gesundheitssysteme besser funktionieren, und einen Konsens darüber zu erreichen. 2005 wurde mit der Annahme der Resolution EUR/RC55/R8 (8) des Regionalkomitees die nächste Phase der Länderstrategie des Regionalbüros – die Stärkung der Gesundheitssysteme – eingeleitet. Dahinter stand das Ziel, den Gesundheitssystemen eine hervorgehobene Stellung auf der gesundheitspolitischen Agenda des Büros einzuräumen. Zu diesem Zweck sollte die Arbeit in allen Bereichen und insbesondere in Gesundheitsbereichen von hoher Dringlichkeit auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme auf Länderebene neu ausgerichtet werden (9).

Stärkung der WHO-Länderbüros

Die 29 WHO-Länderbüros gewährleisteten die ordnungsgemäß koordinierte Umsetzung der mit den Gesundheitsministerien der Länder vereinbarten Prioritäten. Gemeinsam mit Mitarbeitern der Länderbüros führte das Regionalbüro strategische Analysen des Bedarfs jedes Mitgliedstaats im Gesundheitssektor durch. Diese bildeten die Grundlage für die in den BCA für 2006–2007 festgehaltenen Bereiche für die Zusammenarbeit.

Auf der vierten Globalen Tagung der Leiter der WHO-Länderbüros im November 2007 im WHO-Hauptbüro wurden die 2002–2003 definierten Aufgaben und Funktionen der Leiter der Länderbüros überprüft und korrigiert (10). Zu diesen Aufgaben zählen die Wahrnehmung der WHO-Kernaufgaben auf der Länderebene, die Ausübung von Führungskompetenz in Förderarbeit, Partnerschaften und Repräsentation, grundsatzpolitischer Entwicklung und technischer Zusammenarbeit sowie Verwaltung und Management. Auf der Globalen Tagung



© WHO/Ayan Askerova

Das Team des WHO-Länderbüros in Aserbaidshan während eines Besuchs von WHO-Generaldirektorin Margaret Chan, des WHO-Regionaldirektors für Europa Marc Danzon und der Stellvertretenden Regionaldirektorin Nata Menabde

dienten Beispiele aus der Europäischen Region der WHO als Vorbild für andere Regionen im Hinblick auf die Frage, wie der Gesundheitssystemansatz in die Planung und Durchführung der Länderarbeit integriert werden kann.

Eine Überprüfung der Gesamtpersonalsituation im Zweijahreszeitraum 2006–2007 ergab eine gewisse Ungleichverteilung des Personals in Ländern, auch in der Form einer unzureichenden Präsenz internationaler Bediensteter. Das Regionalbüro hat Maßnahmen ergriffen, diese Ungleichverteilung im nächsten Zweijahreszeitraum 2008–2009 zu korrigieren. Tabelle 1 zeigt die Anteile von nationalen und internationalen Bediensteten des Regionalbüros.

Tabelle 1. Neuordnung des Personals in Ländern nach Kategorien

Bedienstete	Anteile 2006–2007 (%)				Vorgeschlagene Anteile für 2008–2009 (%)			
	IPO ^a	NPO ^b	GS ^c	Ins-gesamt	IPO	NPO	GS	Ins-gesamt
Internationale	84	0	60	60	77	0	61	56
Nationale	16	100	40	40	23	100	39	44
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

^a IPO: internationale Fachbedienstete.

^b NPO: nationale Fachbedienstete.

^c GS: Verwaltungsdienst.

Um die Wirksamkeit des Personals von Länderbüros zu steigern, führte das Regionalbüro Maßnahmen zur Schaffung von Kapazität durch. Diese betrafen Ausbildung in Öffentlichkeitsarbeit, Personalplanung, allgemeiner Verwaltung und zentralen gesundheitsbezogenen Fachbereichen in der Region.

Beispiele für die Arbeit in den Ländern sowie die Zusammenarbeit mit ihnen

Albanien: Medizinische Notversorgung

Auf Ersuchen des Gesundheitsministeriums wurde im Januar/Februar 2006 in 16 der 51 albanischen Krankenhäuser eine Erhebung zur Beurteilung der Notfallambulanzen und ihrer Leistungen durchgeführt. Sie ergab, dass die Notfalldienste allgemein wenig in Anspruch genommen wurden und die Qualität der Versorgung in den Notfallambulanzen niedrig war. Die WHO koordinierte eine Arbeitsgruppe von Notfalldienstverwaltern, Krankenhausärzten und Beamten der Gesundheitsverwaltung, die die Reform der Notfalldienste erörtern und Empfehlungen abgeben sollte. Zwischen Ende 2006 und Mitte 2007 arbeitete die Gruppe einen Vorschlag zur Beschlussfassung aus.

Insbesondere entwickelte sie ein Standardmodul für eine mit ordnungsgemäß ausgebildetem Personal besetzte und mit einer angemessenen Mindestausstattung für wirksame Diagnose und Behandlung ausgerüstete Notfallambulanz. Die Arbeitsgruppe entwickelte auch standardisierte Protokolle für die Untersuchung von Patienten und die Festlegung von Behandlungsprioritäten sowie standardisierte Verfahrensweisen und Techniken auf der Grundlage klinischer Evidenz.

Auf einer nationalen Konsenskonferenz im Juni 2007 wurde der Konzeptrahmen der vorgeschlagenen Reform dem betroffenen ärztlichen Berufsstand, internationalen Gebern und schlussendlich der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die Planung der Reform war zeitaufwändig; es wurden jedoch alle betroffenen Akteure in den Prozess einbezogen. Die Schaffung einer Grundlage für Bewusstseinsbildung und Konsens bezüglich des Bedarfs und der Prinzipien der Reform dürfte die Aussichten auf eine erfolgreiche Durchführung signifikant verbessern. Sie führte auch zur Ausarbeitung einer nationalen Strategie für die medizinische Notversorgung mit guten Chancen auf Unterstützung von Entwicklungspartnern.

Armenien: Unterstützung bei der Verbesserung der nationalen Kapazität zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Ende 2004 ergab sich bei der Reform des Gesundheitssystems in Armenien das schwerwiegende Problem, dass kaum Informationen über die Effizienz der Ressourcennutzung und die Gesamtauswirkungen der Reform vor Ort vorlagen. Das Beobachtungs- und Evaluierungssystem des Gesundheitsministeriums lieferte kein umfassendes Bild der Leistung des Gesundheitssektors. Insbesondere fehlten Informationen über Abdeckung, Zugang, Zugangsgerechtigkeit, Qualität, Wirksamkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit und Armutsauswirkungen. Die zugrunde liegenden Ursachen waren fehlende Kapazität und institutionelle Beschränkungen für die regelmäßige Berichterstattung über die Gesundheit der Bevölkerung und das Funktionieren des Gesundheitssystems sowie insgesamt die Notwendigkeit einer weiteren Stärkung der Steuerungsfunktion des Ministeriums.

Ende 2005 beschloss das Ministerium die Entwicklung eines nationalen Rahmens für die Messung der Gesundheitssystemleistung auf der Grundlage des WHO-Rahmens (11). Weil ein Weltbank-Projekt zur Modernisierung des Gesundheitssektors eine Komponente zur Stärkung der staatlichen Kapazität für die Entwicklung und Überwachung wirksamer gesundheitspolitischer Maßnahmen umfasste, half das WHO-Länderbüro in Armenien den drei Parteien, die Kräfte zu bündeln.

Die BCA der WHO mit Armenien für 2006–2007 beinhaltete fachliche Unterstützung für das Ministerium bei der Stärkung seiner Kapazität für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads des Gesundheitssystems (HSPA). Diese schloss die Entwicklung der Methodik und des Instruments, die Analyse der Erhebungsdaten sowie die Gestaltung und Entwicklung des ersten nationalen HSPA-Berichts ein. Die Ergebnisse und Befunde wurden im Oktober 2007 den wichtigsten Akteuren auf einer nationalen Konsultationsveranstaltung präsentiert. Während des gesamten Prozesses wurden über das WHO-Länderbüro die fachliche Unterstützung durch das Regionalbüro und die Aktivitäten im Rahmen der Partnerschaft mit der Weltbank abgewickelt. Letztere betrafen insbesondere eine lokale Arbeitsgruppe, fachliche Unterstützung in einem gewissen Umfang und eine Gesundheitserhebung auf Haushaltsebene.

Zur Institutionalisierung des Prozesses wurde die lokale Arbeitsgruppe nach einer Ausbildung durch die WHO in einem Zentrum für die Analyse von Gesundheitsinformationen angesiedelt, das dem Staatlichen Gesundheitsinstitut unterstellt ist.

Für die weitere Stärkung der HSPA-Kapazität des Ministeriums und ihre Verknüpfung mit den Entscheidungsprozessen müssen die erforderlichen Infrastrukturänderungen ermittelt werden, und es müssen Beratungsdienstleistungen in Bezug auf den rechtlichen und grundsatzpolitischen Rahmen erbracht werden.

Aserbaidshan: Reproduktive Gesundheit

Die Müttersterblichkeit liegt in Aserbaidshan über dem Durchschnitt für die Europäische Region der WHO. Das Gesundheitsministerium hatte die reproduktive Gesundheit und die Kindergesundheit zu Schwerpunkten erklärt und ersuchte das Regionalbüro um Unterstützung bei der Analyse des Status der reproduktiven Gesundheit in dem Land. Die detaillierte Situationsanalyse ergab, dass der Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit für Frauen und ihre Angehörigen durch Probleme der Gesundheitssysteme und bezüglich der Beteiligung der Bevölkerung erschwert wurde.

Auf der Grundlage dieser Analyse unterstützte die WHO die staatliche Politik und einheimische Experten bei der Entwicklung einer nationalen Strategie für reproduktive Gesundheit für 2008–2015, die der Gesundheitsminister am 30. Januar 2008 billigte. Die Hilfestellung der WHO umfasste enge Partnerschaften, insbesondere mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und der Behörde für Internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten (USAID). Die folgenden Handlungsfelder wurden ausgewählt:

- die Gesundheit von Müttern und Kleinkindern,
- Reproduktionsfreiheit durch Familienplanung und sichere Abtreibung,
- sexuell übertragene Infektionen einschließlich Gebärmutterhalskrebs und HIV/Aids,
- reproduktive Gesundheit von Jugendlichen,
- gegen Frauen gerichtete Gewalt und sexuelle Ausbeutung.

Eine klare Politik und Strategie sind die ersten Schritte auf dem Weg zum Erreichen internationaler Entwicklungsziele. Die Strategie für Aserbaidshjan umfasst einen Aktionsplan für zwei Jahre. Auf Ersuchen des Gesundheitsministeriums wird das Regionalbüro die Durchführung des Plans überwachen und die diesbezügliche internationale Unterstützung koordinieren.

Bulgarien: Stärkung der Reaktion auf die Vogelgrippe

Fälle von H5N1-Infektionen bei Wildschwänen in Bulgarien im Februar 2006 und zahlreiche Ausbrüche in anderen Ländern der Europäischen Region (einschließlich bei Menschen in zwei Ländern) machten in Bulgarien dringend eine Stärkung der Reaktion des Landes auf die Vogelgrippe und seiner Vorbereitung auf eine mögliche Grippe-Pandemie erforderlich.

Das WHO-Länderbüro übernahm die Gesamtkoordination des resultierenden Projekts; dabei wurde es vom Regionalbüro, dem WHO-Hauptbüro und dem Gesundheitsministerium unterstützt. Zwischen Mai 2006 und Dezember 2007 ermittelte es die Erfordernisse in dem Land, mobilisierte Geber und Partner für die Finanzierung von Interventionen und überwachte sowie evaluierte die Projektdurchführung. Das Gesundheitsministerium gewährleistete die aktive Mitwirkung unterschiedlicher Stellen wie Kommunen, Veterinärdiensten, Gesundheitsdiensten und Zivilschutzstrukturen auf allen Ebenen, was die Bedeutung multidisziplinärer Teams deutlich macht.

Das übergeordnete Ziel des Projekts war, die Möglichkeit der Übertragung der Vogelgrippe auf Menschen zu minimieren. Hierzu sollten geeignete Aufklärungs- und Ausbildungsmaßnahmen in Bezug auf Prävention, Überwachung, Verifizierung und Berichterstattung über das Auftreten von Vogelgrippe und jede mögliche Übertragung auf Menschen durchgeführt werden. Konkret sollte das Land die notwendige fachliche Unterstützung erhalten, um die Arbeit in drei zusammenhängenden Bereichen zu stärken: das Meldewesen für Infektionskrankheiten, die Diagnose möglicher Fälle und die Infektionsbekämpfung sowie das Fallmanagement in Situationen, in denen Menschen infiziert und in ein Krankenhaus eingewiesen werden sollten.

Das Projekt wurde im Kontext der Stärkung des Gesundheitssystems in Bulgarien insgesamt durchgeführt, die der Schlüssel zu wirksamer Gesundheitssicherheit ist. Zu folgenden Themen wurden Seminare organisiert:

- Überwachung,
- Labordiagnose der Vogelgrippe,
- Infektionsbekämpfung und Fallmanagement,
- Pandemieplanung,
- Öffentlichkeitsarbeit für Journalisten,
- Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV) 2005 (12) (dieses Seminar führte zur Entwicklung und Verabschiedung eines nationalen Programms zur IGV-Umsetzung durch den bulgarischen Ministerrat).

Auf einer Jahrestagung von Epidemiologen aus allen staatlichen Strukturen wurde ein Seminar zur Überwachung übertragbarer Krankheiten in Bulgarien durchgeführt. Etwa 340 Fachkräfte wurden ausgebildet und erhielten CDs mit den Seminarmaterialien. Mehrere Teilnehmer von medizinischen Hochschulen werden die CDs in der Ausbildung von Medizinstudenten und zur Aktualisierung der Curricula für Epidemiologie und übertragbare Krankheiten nutzen.

Das Projekt umfasste auch die Entwicklung standardisierter Vorgehensweisen und Fallmanagement-Dokumentation, die Beschaffung von Computern und Laborausstattung sowie die Entwicklung eines internetgestützten Informationssystems zur Influenza-Überwachung, das 2007 voll einsatzbereit war. Das WHO-Hauptbüro lieferte Behälter und Medien für den Transport von Proben von Personen mit Vogelgrippeverdacht zum nationalen Influenzazentrum.

Italien: Chikungunya-Fieber

Am 30. August 2007 informierte die italienische nationale IGV-Kontaktstelle das Regionalbüro über einen im Labor bestätigten Ausbruch von Chikungunya-Fieber in vier Provinzen der Region Emilia-Romagna im Nordosten Italiens (13). Seit dem Ausbruch im Gebiet des Indischen Ozeans im Jahr 2005 waren in der Europäischen Region der WHO eingeschleppte Fälle von Chikungunya-Virusinfektionen registriert worden. Der Ausbruch in der Emilia-Romagna stellte dagegen den ersten Fall einer indigenen Übertragung in der Europäischen Region der WHO dar.

Auf Ersuchen des italienischen Gesundheitsministeriums entsandten das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und das Regionalbüro im September 2007 eine mit multidisziplinären Experten besetzte gemeinsame



© WHO/Roberta Andraghetti

Ein üppig bewachsener Garten in Norditalien wird zur optimalen Brutstätte für Mücken der Art *Aedes albopictus*, dem Überträger des gesundheitsschädigenden und schmerzvollen Chikungunya-Fiebers

Risikobewertungsmission. Die Mission stufte den Ausbruch in Italien als Warnsignal für die anderen Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ein, in denen *Aedes albopictus*, der Überträger des Chikungunya-Virus, ebenfalls mittlerweile heimisch ist. Das Vorkommen der so genannten Tigermücke ist in mindestens 12 Ländern der Europäischen Region dokumentiert: Albanien, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Montenegro, Niederlande, Schweiz, Slowenien und Spanien.

Die öffentlichen Gesundheitsbehörden dürften das Chikungunya-Fieber ebenso wie andere durch Überträger verbreitete Viren, die auftreten könnten, vor beträchtliche Probleme stellen. Das wahrscheinlich fehlende Bewusstsein über die Krankheit bei Klinikern würde die Früherkennung einschränken, was zu einem engen Zeitfenster führen würde, innerhalb dessen eine angemessene sektorübergreifende Reaktion zur Entschärfung der Folgen eines Ausbruchs in die Wege geleitet werden könnte. Das Regionalbüro hat deshalb Mitgliedstaaten in der gesamten Region – vor allem solche, in denen der Überträger dokumentiert ist – bei sektorübergreifenden Bereitschaftsmaßnahmen unterstützt.

Spanien: Toxisches-Öl-Syndrom infolge Speiseölvergiftung

Im Mai 1981 kam es in Spanien zum Ausbruch einer schwerwiegenden Epidemie, deren Ursache der Verzehr von ursprünglich für Industriezwecke hergestelltem Rapsöl war, das

illegal als Speiseöl verkauft worden war. Sie forderte fast unmittelbar mehrere hundert Menschenleben und schädigte mehr als 20 000 Menschen, von denen viele noch heute an den Folgen leiden.

Das spanische Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten ersuchte das Regionalbüro um Unterstützung in Form eines internationalen Gemeinschaftsprojekts zur Erarbeitung von Leitlinien für die Erforschung der Toxisches-Öl-Syndrom (TOS) benannten Krankheit. Daraus entwickelte sich eine mehr als zwanzigjährige wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Forschungsgruppe Toxisches-Öl-Syndrom (UISAT) am Gesundheitsinstitut Carlos III., das 1998 zum WHO-Kooperationszentrum für die Epidemiologie umweltbedingter Krankheiten ernannt wurde.

Das Ziel des gemeinsamen Wissenschaftlichen Ausschusses für das TOS von WHO und UISAT war, das wissenschaftliche Wissen über die Epidemiologie, Pathologie, Immunologie und Chemikotoxikologie der Krankheit zu erweitern, um ihre Ätiologie erklären und Vorsorgemaßnahmen für ähnliche Vorfälle treffen zu können. Dem Regionalbüro kam die Aufgabe zu, in anderen Mitgliedstaaten das Bewusstsein für die potenziellen Auswirkungen des TOS auf die öffentliche Gesundheit im Fall ähnlicher Epidemieausbrüche zu schärfen. Es veröffentlichte drei Hauptberichte über die Erkenntnisse des Ausschusses (14–16).

Der gemeinsame Wissenschaftliche Ausschuss für das TOS von WHO und UISAT trat zuletzt im August 2007 zusammen. Seine Arbeit trug zu verbessertem Wissen über das TOS-Tiermodell, die Ermittlung von Risikofaktoren und die Risikoprognose sowie die Geschichte der Krankheit bei. Um die durch diese Forschungsaktivitäten gewonnenen Erkenntnisse in einen breiteren Kontext einzubetten, wird im Oktober 2008 in Madrid ein internationales Public-Health-Symposium stattfinden, das dem übergeordneten Thema von Umwelt- und Gesundheitsforschung als Beispiel für evidenzbasierte Politikgestaltung gewidmet sein wird. Die gemeinsam vom Regionalbüro und der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission organisierte Veranstaltung wird zur Entwicklung eines Forschungsplans für die Europäische Region mit einem besonderen Schwerpunkt auf eine Strategie für die Aufklärung über Umweltgefahren beitragen.

Turkmenistan: Malaria

Wenngleich die endemische Malaria in Turkmenistan 1960 eliminiert wurde, werden gelegentlich sporadische Fälle gemeldet. Insbesondere wurden 1998 in einem Gebiet entlang der Grenze zu Afghanistan 115 Fälle registriert.

Um der Bekämpfung der Malaria weiterhin einen hohen Stellenwert zu sichern, nahm das Regionalkomitee für Europa 2002 die Resolution EUR/RC52/R10 über eine Intensivierung

der Malaria-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO an (17). Es bat die Länder in der Region, denen ein Wiederaufflammen der Krankheit drohte, eindringlich, alle möglichen Maßnahmen zu ergreifen, um die erzielten Ergebnisse zu konsolidieren und die durch Malaria bedingte Last weiter zu verringern. Das schlussendliche Ziel der neuen Regionalstrategie ist die Unterbrechung der Malariaübertragung bis zum Jahr 2015 und die Eliminierung der Krankheit in der Region.

Als Reaktion auf die Aufforderung der WHO zur Bekämpfung dieser Krankheit übernahm auch Turkmenistan die Regionalstrategie für die Malaria-Eliminierung (18), die sich auf die Erklärung von Taschkent „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ (19) stützte. Durch gründliche epidemiologische Kontrolle, den Einsatz umweltfreundlicher biologischer Methoden zur Bekämpfung der Überträger, enge Zusammenarbeit mit großen internationalen Organisationen und die Schärfung des Bewusstseins in der Bevölkerung gelang es, die Ausbreitung der Krankheit vollständig zu unterbinden. 2006–2007 wurde in Turkmenistan kein Fall von Malaria registriert.

Mit fachlicher Unterstützung des Regionalbüros entwickelten der Staatliche Hygiene- und Epidemiologische Dienst des Gesundheitsministeriums und die Pharmaindustrie einen nationalen strategischen Plan zur Malaria-Eliminierung für den Zeitraum von 2008 bis 2010.



Während der Aufklärungskampagne zu Malaria im Mai 2007 wurden in Turkmenistan Informationsbroschüren und andere Materialien verteilt

Er soll in der Eliminierung von Malaria im gesamten Land resultieren. Dabei wird mit den Grenzgebieten begonnen, um die Einschleppung aus dem Ausland zu unterbinden. Die Hygienesdienste und die epidemiologischen Dienste führten gründliche epidemiologische Kontrollmaßnahmen durch: Sie überwachten die Situation unter Verwendung nationaler Indikatoren wie der Malaria-Morbidität, verbesserten die Überwachung, warben für Aktivitäten zur Bekämpfung der Überträger, gewährleisteten die rasche und wirksame Behandlung von Personen mit Malaria, intensivierten die Gesundheitserziehung und die Mitwirkung der Bevölkerung und bildeten verschiedene Expertengruppen mit einem Schwerpunkt auf Malaria aus.

Angesichts der Bedeutung der grenzüberschreitenden Übertragung unterstützt das Ministerium nachdrücklich die Zusammenarbeit zwischen der Europäischen und der Östlichen Mittelmeerregion der WHO. Turkmenistan unterzeichnete deshalb auf der Konferenz „Gesundheit für alle, Gesundheit durch alle: übertragbare Krankheiten achten keine Grenzen“ im April 2006 die Erklärung von Kabul zur Regionalen Gesundheitszusammenarbeit (20). Ende 2007 war Turkmenistan auch Gastgeberland der WHO-Tagung zu Fortschritten auf dem Weg zur Eliminierung von Malaria in der Europäischen Region der WHO in Aschgabat (21). Das Regionalbüro leistete finanzielle und fachliche Unterstützung für diese Aktivitäten, während UNICEF den Druck von Informationsmaterialien sowie die Beschaffung von Arzneimitteln gegen Malaria unterstützte und USAID finanzielle Mittel bereitstellte.

Gemeinsam mit dem turkmenischen Gesundheitsinformationszentrum, dem Gesundheitsministerium und der Medizinbranche führten die Hygienesdienste und die epidemiologischen Dienste im Mai 2007 eine Massenaufklärungskampagne zur Malaria-Prävention für die breite Bevölkerung durch, für die sie auch die Massenmedien nutzten. So erschienen Artikel in landesweit erscheinenden Zeitungen und Lokalblättern, und eine Sonderausgabe eines Gesundheitsprogramms im Fernsehen war der Malaria gewidmet. Hausärzte, Epidemiologen und Experten aus Gesundheitsförderungszentren vermittelten Informationen an die Bevölkerung, und das Kabinenpersonal der turkmenischen Fluggesellschaften gab auf Inlandsflügen Broschüren über Malaria aus. Für die Ausarbeitung und den Druck vieler dieser Materialien leisteten das Regionalbüro und UNICEF finanzielle Unterstützung.

Diese Erfahrung trug zur Entwicklung des Gesundheitssystems in Turkmenistan bei. Die Interventionen sollten in Gesundheitsgewinnen resultieren und sowohl den finanziellen Schutz der Bevölkerung als auch die Patientenorientierung und die Effizienz des Gesundheitssystems verbessern.

Vereinigtes Königreich: Überprüfung des Nationalen Instituts für Gesundheit und Klinische Exzellenz

Das Nationale Institut für Gesundheit und Klinische Exzellenz (NICE) in England im Vereinigten Königreich ist die unabhängige Einrichtung, die auf nationaler Ebene Orientierung im Sinne der Förderung von guter Gesundheit und der Vermeidung und Behandlung von Erkrankungen gibt. Das Institut ist in drei Bereichen beratend tätig:

- Orientierung im Public-Health-Bereich im Sinne der Förderung von guter Gesundheit und der Vermeidung von Erkrankungen für Personal des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), Gebietskörperschaften sowie die breite Öffentlichkeit und den freiwilligen Sektor;
- Orientierung im Bereich der Gesundheitstechnologien zum Einsatz neuer und vorhandener Arzneimittel, Therapien und Verfahren im NHS; und
- Orientierung im Bereich der klinischen Praxis im NHS bezüglich der geeigneten Behandlung und Versorgung von Personen mit konkreten Krankheiten und Leiden.

2006 ersuchte das NICE die WHO, eine unabhängige Prüfung seiner Programme für klinische Leitlinien durchzuführen. Die Organisation hatte 2003 bereits das NICE-Programm für Technologiebewertung untersucht. Zweck der neuerlichen Prüfung war die Beurteilung der Qualität der klinischen Leitlinien des NICE. Sie wurde von WHO-Mitarbeitern (sowohl aus dem Regionalbüro als auch aus dem Hauptbüro) und einer Gruppe internationaler Experten für Leitlinienentwicklung vorgenommen.

Die Prüfung ergab, dass das NICE eine der größten, produktivsten und am besten organisierten Institutionen für die Ausarbeitung klinischer Leitlinien auf der Welt ist. Als besonders positiv wurden die Transparenz des NICE-Konsultationsprozesses, die Berücksichtigung eines breiten Spektrums von Akteuren und das Streben des Instituts nach kontinuierlicher Qualitätsverbesserung herausgestellt.

Die Prüfer gaben Empfehlungen zu den unterschiedlichen Arten von Leitlinien ab, die das NICE herausgibt, zu seiner Methodik für die Durchführung systematischer Prüfungen und zum Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Typen ökonomischer Modelle und dem Bedarf von Entscheidungsträgern. Sie rieten dem NICE, seine Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Organisationen auszuweiten und der Umsetzung der Leitlinien besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Leitung des NICE erörterte die Ergebnisse der Prüfung und befolgte viele der Empfehlungen, um sein Programm weiter zu stärken (22).

Hauptaktivitäten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Union

Auf seiner 56. Tagung bezeichnete das WHO-Regionalkomitee für Europa die Europäische Union (EU) als einen Partner von singularer Bedeutung für das Regionalbüro mit ganz besonderen Eigenschaften. Es stellte fest, dass die Zusammenarbeit auf die Schaffung neuer Synergien und eine verbesserte Aufgabenteilung ausgerichtet werden sollte. 27 Staaten sind sowohl Mitglied der EU als auch der Europäischen Region der WHO, und die EU unterhält enge Beziehungen zu den anderen Mitgliedstaaten, für die das Regionalbüro zuständig ist. Die Europäische Kommission ist eine Politikgestaltungs- und Regulierungsinstitution mit globaler Reichweite und beträchtlicher finanzieller und fachlicher Kapazität, um etwas zu bewirken.

Das Regionalbüro und die EU sowie die Europäische Kommission kooperieren bei politischen Prozessen und Konsultationen wie der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (23) sowie der Plattform für Ernährung und körperliche Bewegung der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GD SANCO). Die Europäische Kommission beteiligte sich an den Vorbereitungen für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, während das Regionalbüro seinerseits 2006–2007 Beiträge zur Konsultation über die EU-Gesundheitsstrategie unter der Federführung der GD SANCO leistete. Eines der Prinzipien dieser EU-Gesundheitsstrategie ist der Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“. Im Juni 2007 organisierten das Regionalbüro und die Europäische Kommission ein gemeinsames Seminar zum Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“ für die an die EU angrenzenden Länder. Das Büro half auch bei der Organisation der vom italienischen Gesundheitsministerium im Dezember 2007 in Rom ausgerichteten EU-Ministerkonferenz über „Gesundheit in allen Politikbereichen: Errungenschaften und Probleme“. Dort wurde eine Erklärung angenommen, in der explizit die allgemeineren Gesundheitsdeterminanten, die Verknüpfung zwischen Gesundheit und wirtschaftlicher Entwicklung, die Notwendigkeit von Strukturen, die übergreifendes Handeln zulassen, und die Anwendung von Methoden wie Gesundheitsfolgenabschätzung anerkannt wurden.

Das Regionalbüro unterstützt auch die Mitgliedstaaten, die gerade die EU-Präsidentschaft innehaben (24). 2006–2007 leistete es fachliche Unterstützung und Koordinierung für die EU-Präsidentschaften Österreichs (zu Typ-II-Diabetes und Frauengesundheit), Deutschlands (zu Prävention, Innovation und Zugang zu Gesundheitsleistungen), Portugals (zu Gesundheit und Migration) sowie Finnlands (zu Gesundheit in allen Politikbereichen). Es arbeitete darüber hinaus einen 18-Monats-Plan für drei aufeinander folgende Präsidentschaften (Deutschland, Portugals und Sloweniens) aus.

Das Regionalbüro und das ECDC kooperieren auf der Grundlage einer Vereinbarung, gemäß der die gemeinsamen Aktionspläne jährlich aktualisiert werden. Die Zusammenarbeit ist dreigliedrig; neben dem ECDC und dem Regionalbüro ist die Europäische Kommission gleichermaßen daran beteiligt. Die gemeinsame Reaktion auf die Fälle von Vogelgrippe Anfang 2006 in Aserbaidschan und der Türkei zeigen beispielhaft den Grad der verbesserten Koordinierung, der erreicht wurde (siehe den Abschnitt zur Vogelgrippe in Kapitel 3).

Das Regionalbüro und die EU kooperieren und unterstützen einander auch auf der Länderebene. Beispielsweise lud das Gesundheitsministerium von Moldau das WHO-Länderbüro in dem Land zur Teilnahme an Konsultationen über die Ausarbeitung von Aktivitäten im Gesundheitssektor für den gemeinsamen Aktionsplan von EU und Moldau (25) ein, der im Rahmen der Europäischen Nachbarschaftspolitik der EU durchgeführt werden sollte. Mehrere dieser Aktivitäten fanden mit fachlicher Unterstützung des Regionalbüros statt. Das Länderbüro, das WHO-Büro bei der EU und das Büro der Delegation der Europäischen Kommission in Moldau förderten darüber hinaus Konsultationen zwischen dem Gesundheitsministerium und der EU im Dezember 2006. Dies stärkte den Dialog mit der Europäischen Kommission und deren Zusagen zur Unterstützung der Entwicklung des Gesundheitssystems in Moldau.

3. Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Region durch normative und fachliche Aktivitäten

Als die Sonderorganisation für Gesundheit der Vereinten Nationen nimmt die WHO ihre Aufgaben auf der Grundlage des 11. Allgemeinen Arbeitsprogramms wahr. Nachdem in Kapitel 2 die Arbeit des Regionalbüros zu den zwei Hauptaufgaben behandelt wurde, die sich am unmittelbarsten auf die Länderarbeit beziehen, wird in diesem Kapitel auf seine Aktivitäten in Bezug auf drei andere (2) eingegangen:

- Einfluss auf die Forschungsagenda zu nehmen und zur Schaffung, Umsetzung und Verbreitung wertvollen Wissens beizutragen;
- Normen und Standards zu setzen sowie ihre Durchführung zu fördern und zu überwachen; sowie
- ethische und evidenzbasierte Grundsatzoptionen zu formulieren.

Im Gegensatz zu Kapitel 2, in dem die Arbeit des Regionalbüros länderspezifisch veranschaulicht wurde, konzentriert sich dieses Kapitel auf Fachbereiche. Es spiegelt weitgehend die zentralen Probleme und Herausforderungen von Gesundheit und Gesundheitssystemen in der Europäischen Region der WHO wider. Zuerst wird auf Gesundheitsprogramme eingegangen, dann auf Gesundheitssysteme mit den Unterpunkten Aufsicht, Leistungserbringung, Schaffung von Ressourcen und Finanzierung.

Gesundheitsprogramme: Höhepunkte der Aktivitäten **Übertragbare Krankheiten und Umweltgesundheit** *Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten*

Die übergeordneten Ziele der WHO-Aktivitäten gegen durch Impfung vermeidbare Krankheiten bis 2010 sind die Erhaltung der Poliofreiheit der Region, die Eliminierung von Masern und Röteln in der Region sowie die Bekämpfung der Rötelnembryopathie (26). Das WHO-Regionalkomitee registrierte im Juni 2007 erfreut das fünfte aufeinander folgende poliofreie Jahr in der Region. Zudem haben mehr als 60% der Mitgliedstaaten die 2005 festgelegte Zielvorgabe der Eliminierung von Masern und Röteln erreicht. Insgesamt ist die Maserninzidenz zwischen 2003 und 2007 um 75% zurückgegangen. 2007 wurden noch 7000 Masernfälle gemeldet.

Um anfällige oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen einzubeziehen, wurden in vier Ländern ergänzende Immunisierungsmaßnahmen durchgeführt: eine wichtige Komponente des regionalen Plans zur Eliminierung von Masern und Röteln und zur Kontrolle der Rötelnembryopathie. Durch diese Aktivitäten konnte die von den Gesundheitsministerien dieser Länder festgelegte Zielvorgabe eines 95%igen Impfschutzes erreicht werden.

2005 wurde erstmals die Europäische Impfwache durchgeführt. Sie wurde 2006 und 2007 wiederholt, und in beiden Jahren schlossen sich jeweils mehr Länder an. An der Europäischen Impfwache im April 2007 beteiligten sich die meisten Länder in der Region.

Um anfällige oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen einzubeziehen, wurden in Armenien ergänzende Immunisierungsmaßnahmen durchgeführt, und ein Transparent über einer Hauptstraße in Eriwan informiert über die Kampagne im Oktober 2007





©WHO/Carl Cordonnier – DailyLife

Die Teilnehmer am Europäischen Ministerforum der WHO „Alle gegen Tuberkulose“ 2007 nahmen die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose an

Tuberkulose

2005 erkrankten in der Europäischen Region der WHO fast eine halbe Million Menschen an Tuberkulose (Tb), und es gab 66 000 Tb-bedingte Sterbefälle. Die Multiresistenz erweckt zunehmend Besorgnis: 13 der Länder mit der weltweit höchsten Prävalenz von multiresistenter Tb gehören der Europäischen Region der WHO an. Trotz nachdrücklicher Bemühungen verharrte der Anteil der Bevölkerung in der Region, für den die direkt überwachte Kurzzeittherapie (DOTS) 2005 verfügbar war, unter 50%. Diese Zahlen offenbaren schwerwiegende Probleme der Gesundheitssysteme und unterstreichen die Notwendigkeit gemeinsamer Initiativen der WHO und der Länder zur Weiterentwicklung von deren Systemen.

Im Oktober 2007 richtete das Regionalbüro in Berlin in Deutschland das Europäische Ministerforum der WHO „Alle gegen Tuberkulose“ aus. Sein Hauptergebnis war die Annahme der Erklärung von Berlin (27), die auf eine Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Agenda in der Region abzielte. Diese sollte dazu führen, dass der dringend benötigte politische Wille und die entsprechenden Finanzmittel vorhanden sind, um der Ausbreitung der Epidemie Einhalt zu gebieten, und gegen das immer gravierendere Problem der multi- und extensiv resistenten Tb vorgegangen wird (28). Die Mitgliedstaaten verpflichteten sich, die Umsetzung dieser Erklärung zu überwachen und zu evaluieren.

HIV/Aids

Die Europäische Region der WHO ist immer noch Schauplatz der sich weltweit am schnellsten ausbreitenden HIV/Aids-Epidemie; der Zugang zu HIV/Aids-Prävention, -Therapie und -Versorgung hat sich im zurückliegenden Zweijahreszeitraum jedoch signifikant verbessert. Die Zahl der Länder, die die hochwirksame antiretrovirale Therapie (HAART) ermöglichen, hat sich erhöht: In 38 der 53 Mitgliedstaaten erhalten mehr als 75% der Personen mit

HIV, die die HAART benötigen, die Therapie. Im Dezember 2005 wurden schätzungsweise 343 000 Patienten in der Europäischen Region der WHO mit der HAART behandelt. 2006 und 2007 stiegen diese Zahlen noch einmal auf 385 000 beziehungsweise 435 000. Bei den entsprechenden Zahlen für Mittel- und Osteuropa wurde ebenfalls eine Zunahme verzeichnet: von 23 000 Patienten mit der HAART im Jahr 2005 auf 35 000 im Jahr 2006 und 55 000 im Dezember 2007. Bedauerlicherweise steigt jedoch die Zahl neuer Patienten in Mittel- und Osteuropa schneller als die Zahl der Personen mit Zugang zu Therapie.

Die Hauptziele im Zweijahreszeitraum 2006–2007 waren, normative Orientierung zu geben, Förderarbeit zu leisten und die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, bis 2010 den allgemeinen Zugang zu HIV/Aids-Prävention, -Therapie und -Versorgung zu realisieren. Der Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Erklärung von Dublin fasst einen großen Teil der Errungenschaften und viele der Probleme zusammen (29). Er wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit Partnern im Auftrag des Gemeinsamen HIV/Aids-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) erstellt. Die Finanzierung trug die deutsche EU-Ratspräsidentschaft.

Zusätzlich entwickelte das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro, dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und UNAIDS Zielvorgaben für den allgemeinen Zugang zu HIV/Aids-Prävention, -Therapie und -Versorgung für intravenös injizierende Drogenkonsumenten sowie ein Messsystem für Überwachung und Evaluierung und leistete fachliche Unterstützung. Zur HIV-Prävention wurde in den EU-Ländern die Opioidsubstitutionstherapie (OST) beträchtlich ausgeweitet. Das Regionalbüro war insbesondere in der Ukraine aktiv, wo es mit den Gebietskörperschaften bei der Einführung und Ausführung der OST zusammenarbeitete und gemeinsam mit dem Leitenden Suchtmediziner die Methodikleitlinien für die Methadon-Substitutionstherapie überarbeitete. Das Regionalbüro hat darüber hinaus systematische fachliche Unterstützung für Mitgliedstaaten geleistet, die Anträge beim Globalen Fonds eingereicht haben.

Was die normative Orientierung betrifft, veröffentlichte das Regionalbüro 2007 klinische Protokolle für die HIV/Aids-Behandlung und -Versorgung in der Europäischen Region der WHO (30).

Andere sexuell übertragene Infektionen

Das erhöhte Risiko einer HIV-Infektion und -Übertragung vergrößert die Last sexuell übertragener Infektionen in der Europäischen Region: eine Kombination von Stigmatisierung, akuter Erkrankung, Unfruchtbarkeit, Invalidität und Sterblichkeit. Sexuell übertragene Infektionen verschärfen vor allem das Risiko, sich selbst oder andere mit HIV zu infizieren,

insbesondere in den Frühstadien. Von sowohl Syphilis beispielsweise als auch von HIV sind im Allgemeinen ähnliche Bevölkerungsgruppen wie Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, intravenös injizierende Drogenkonsumenten und ihre Sexualpartner sowie Heterosexuelle mit häufig wechselnden Sexualpartnern betroffen. Chlamydien steigern ebenfalls die Gefahr einer HIV-Infektion; sie sind die häufigste sexuell übertragene Infektion in der Europäischen Region, vor allem bei jungen Menschen. Sie sind häufig asymptomatisch, insbesondere bei Frauen. Durch Chlamydia trachomatis verursachte Lymphogranuloma venereum werden zunehmend häufig bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten diagnostiziert. Jedes Jahr werden in der Europäischen Region der WHO etwa 1,2 Millionen sexuell übertragene Infektionen gemeldet.

Den allgemeinen Zugang zu gleichwertiger, wirksamer, sicherer und erschwinglicher Prävention, Therapie und Versorgung zu gewährleisten, ist nach wie vor die zentrale Aufgabe im Public-Health-Bereich in der Europäischen Region. Die Unterschiede im Aufbau und in der Qualität der Überwachungssysteme für sexuell übertragene Infektionen lassen jedoch keine Vergleiche von Überwachungsdaten zu und beschränken die Interpretation von Trends. Eine besondere Herausforderung ist die Durchführung einer koordinierten Reaktion der Gesundheitssysteme, die sexuell übertragenen Infektionen und HIV gleichermaßen gilt und die Leistungen für beide Probleme integriert. Für die Bekämpfung der komplexen Faktoren, die den Epidemien zugrunde liegen, ist ebenfalls ein übergreifender Public-Health-Ansatz erforderlich.

Die Hauptziele im Zweijahreszeitraum 2006–2007 waren, normative Orientierung zu geben, Förderarbeit zu leisten und die Mitgliedstaaten, bei der Prävention, Behandlung und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen zu unterstützen (31). Die Globale Strategie der WHO zur Prävention und Bekämpfung sexuell übertragener Infektionen liefert den Rahmen und den Public-Health-Ansatz als Voraussetzung für die Verringerung der Last aufgrund sexuell übertragener Infektionen.

Virale Hepatitis

Weltweit sind schätzungsweise 180 Millionen Menschen mit Hepatitis C und 350 Millionen mit Hepatitis B infiziert. Die Prävalenz des Hepatitis-C-Virus bei intravenös injizierenden Drogenkonsumenten beträgt 65–95%, und die durchschnittliche Koinfektionsrate mit HIV liegt bei 40%, wenngleich mit großen Schwankungen. Durch das Hepatitis-C-Virus bedingte Erkrankungen der Leber sind die Hauptsterbeursache bei koinfizierten Patienten. Die Risikofaktoren für eine Hepatitis-B-Virusübertragung oder -infektion ähneln denen für HIV; allerdings ist Ersterer infektiöser.

Durch die Ausrichtung des Welt-Hepatitis-Tages 2006 trug das Regionalbüro zur Schärfung des Bewusstseins für Hepatitis als Problem bei. Es leistete auch wichtige Beiträge zu dem Buch *Hepatitis C among injecting drug users in the new EU Member States and neighboring countries: situation, guidelines and recommendations* (32). Zur normativen Orientierung durch die WHO zählten Protokolle zum klinischen Management von Koinfektionen von HIV und Hepatitis B und C (33).

Malaria

Malaria stellt in sechs Mitgliedstaaten der Region weiterhin ein Problem dar. Dies sind Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Tadschikistan, die Türkei und Usbekistan. Das schlussendliche Ziel der neuen Regionalstrategie zu Malaria ist die Eliminierung der Krankheit in der Europäischen Region bis 2015 (18). Zu diesem Zweck haben sich alle von Malaria betroffenen Länder in der Region der Erklärung von Taschkent „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ angeschlossen (19).

Das Haupthindernis für Eliminierungsprogramme sind ihre Kosten, die die verfügbaren Mittel gewöhnlich übersteigen. Die WHO und der Globale Fonds sind derzeit die wichtigsten Finanzierungsquellen für Maßnahmen auf der Länderebene und der regionalen Ebene. Wichtig ist ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, das in der Lage ist, wirksame Maßnahmen durchzuführen. Maßnahmen wie die Ausgabe von Mückennetzen sind nicht zwangsläufig kostenaufwändig; problematisch sind die Verteilung und die Kontrolle. Wie am Beispiel Turkmenistans in Kapitel 2 beschrieben, unterstützt das Regionalbüro diesen Ansatz mit Fachleuten vor Ort und Bewusstseinsbildung bei der Bevölkerung.

Tropenkrankheiten

2007 verabschiedete und billigte der Gemeinsame Koordinationsrat des Sonderprogramms von UNICEF, UNDP, Weltbank und WHO für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten seine Zehnjahresvision und -strategie „Förderung eines wirksamen globalen Forschungsprogramms zu infektiösen Armutskrankheiten, bei denen Endemieländer eine entscheidende Rolle spielen“ (34). Dreh- und Angelpunkte der neuen Strategie sind drei Hauptaufgaben:

- Förderung der Forschung zu Infektionskrankheiten armer Bevölkerungen;
- Verbesserung der Situation von Forschern und Gesundheit in Endemieländern; sowie
- Forschung zu vernachlässigten vorrangigen Erfordernissen einschließlich solchen im Zusammenhang mit neu auftretenden Krankheiten.

Weil sich das Forschungsumfeld in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat, neue Probleme aufgetreten sind und kollektive Forschungsanstrengungen stärker auf die

Prioritäten von Endemieländern ausgerichtet werden sollten, bedurfte es vor allem eines neuen Ansatzes zur Forschungsagenda. Man verständigte sich auf ein Wunschbudget im Umfang von 121 Millionen US-\$ für den Zweijahreszeitraum 2008–2009. Die Aktivitäten des Sonderprogramms wurden bis zum 1. Januar 2008 vollständig an die neue Strategie angepasst.

Dem 1975 gebildeten Gemeinsamen Koordinationsrat gehören die folgenden Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region der WHO an:

- Bulgarien (bis Ende 2010) und Usbekistan (bis Ende 2009) als Vertreter der Region;
- Deutschland, die Niederlande, die Schweiz und das Vereinigte Königreich (bis Ende 2008), Norwegen (bis Ende 2009), Belgien und Schweden (bis Ende 2010) für die Geldgeberseite; und
- Luxemburg (bis Ende 2008) als eine der anderen Kooperationsparteien.

Die einunddreißigste und die zweiunddreißigste Tagung des Rates sollen im Juni 2008 in Brasilien und im Juni 2009 in der Schweiz stattfinden.

Vogelgrippe, Pandemiebereitschaft und die IGV

Im Zeitraum von 2003 bis zum 31. März 2008 registrierten die WHO-Mitgliedstaaten weltweit 373 Fälle von Infektionen mit dem Influenza-A-Virus H5N1 beim Menschen, davon 236 mit tödlichem Ausgang. Zwischen Juli 2005 und dem 21. November 2007 informierten 28 Länder in der Region die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) von mindestens einem Ausbruch von H5N1 bei Tieren.



© WHO/Cristiana Salvi

Nach Infektionen mit dem H5N1-Virus beim Menschen versammeln sich in Salyan in Aserbaidschan einheimische Ärzte und ein Desinfektionsteam

2006 wurden in der Europäischen Region der WHO 20 Fälle bei Menschen (9 mit tödlichem Ausgang) gemeldet: aus der Türkei (12 Fälle und 4 Sterbefälle) und aus Aserbaidschan (8 Fälle und 5 Sterbefälle). Unter der Leitung des Regionalbüros wurden internationale Missionen in diese Länder entsandt, die die jeweiligen Regierungen bei ihren Bemühungen unterstützen sollten, die Fälle bei Menschen zu untersuchen und darauf zu reagieren. Zur Stärkung der Pandemievorbereitung in der Region arbeitete es eng mit nationalen sektorübergreifenden Krisenausschüssen, Organisationen der Vereinten Nationen, dem ECDC und der Europäischen Kommission zusammen. Der Bericht *Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey* (35) fasst die aus dem Vogelgrippeausbruch in der Türkei gewonnenen Erkenntnisse zusammen, die die nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden und Gesundheitspolitiker nutzen können, um wirksam auf künftige Ausbrüche und eine eventuelle Pandemie zu reagieren.

Epidemien, Pandemien und die öffentliche Gesundheit betreffende Krisen jeder Art können von Regierungen, Gesellschaften und Gesundheitssystemen plötzliche und energische Reaktionen erfordern. Sie decken vorhandene Schwächen dieser Systeme auf und können neben ihrem Einfluss auf Morbidität und Sterblichkeit die wirtschaftliche Aktivität und Entwicklung beeinträchtigen. Natürlich gehen diese Bedrohungen der Gesundheitssicherheit nicht nur von übertragbaren Krankheiten, sondern auch von Naturkatastrophen und vom Menschen verursachten Katastrophen, Konflikten und komplexen Krisen sowie Problemen wie dem Klimawandel aus. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat im Zweijahreszeitraum großes Gewicht auf die Vorbereitung zur Bewältigung solcher Bedrohungen der Gesundheitssicherheit gelegt (siehe auch den Abschnitt zur Katastrophenvorsorge und -bewältigung weiter unten).

Die IGV (12) bilden einen überarbeiteten Rahmen für die Bewältigung von Bedrohungen der Gesundheitssicherheit, der darauf abzielt, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern, Schutz davor zu bieten und sie zu bekämpfen sowie eine Reaktion der Gesundheitssysteme dagegen zu beschreiben. Sie wurden im Mai 2005 von der 58. Weltgesundheitsversammlung angenommen und sind am 15. Juni 2007 in Kraft getreten.

Das Regionalbüro unterstützt die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen zur Umsetzung der IGV, indem es fachlichen Rat bietet. Es achtet besonders darauf, Länder bei der Entwicklung zentraler Überwachungs- und Reaktionskapazitäten auf allen Ebenen der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie an ausgewiesenen Einreisestellen (Flughäfen, Häfen und Grenzübergängen) zu unterstützen. Seit dem 15. Juni 2007 hat die IGV-Kontaktstelle der WHO mehr als 60 Fälle potenzieller Beeinträchtigungen der öffentlichen Gesundheit von

internationaler Bedeutung geprüft. Bis April 2008 hatten alle 53 Mitgliedstaaten der Region sowie der Vatikanstaat nationale IGV-Kontaktstellen ernannt.

Umwelt und Gesundheit

Schätzungen zufolge sind Umweltfaktoren die Ursache von mindestens 1,7 Millionen Sterbefällen pro Jahr in der Europäischen Region der WHO. Dies entspricht etwa 18% aller Sterbefälle. Bei Personen im Alter von 0–19 Jahren sind sie für schätzungsweise ein Drittel der Gesamtkrankheitslast verantwortlich. Vor diesem Hintergrund bot die Zwischenstaatliche Halbzeitbilanztagung im Juni 2007 den Mitgliedstaaten Gelegenheit, die erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Erklärung der Konferenz von Budapest zu analysieren und darüber Bericht zu erstatten sowie ihre Zusagen in Bezug auf Maßnahmen im Bereich der Umweltgesundheit zu erneuern (36).

Ähnliche normative Aktivitäten wurden auch in anderen Umweltbereichen entwickelt. Beispielsweise trat im August 2005 das Protokoll über Wasser und Gesundheit (37) in Kraft. Es wurde bislang von 21 Ländern ratifiziert. Die überarbeiteten Luftgüte-Leitlinien der WHO (38) bieten den Verantwortlichen Bezugspunkte für die Entwicklung evidenzbasierter Luftgütestandards und politischer Handlungskonzepte. In den Medien und auf wissenschaftlichen Veranstaltungen wurde umfassend dafür geworben.

Die WHO führt den Vorsitz der Arbeitsgruppe für Gesundheit, die dem Übereinkommen über weiträumige grenzüberschreitende Luftverschmutzung der Vereinten Nationen die Evidenz liefert, die es ihm ermöglicht, die politischen Handlungskonzepte der Länder, die Vertragsparteien des Übereinkommens sind, im Hinblick auf die gesundheitsschädlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung zu überprüfen. Gemeinsam mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) unterstützt sie auch die Vertragsparteien des Protokolls über Wasser und Gesundheit.

Das Regionalbüro nutzt eine Vielzahl von Partnerschaften und Unterstützungsnetzwerken nationaler Kontaktstellen und beteiligt sich auch an internationalen Kooperationsprojekten. Es unterstützt Länder bei der Entwicklung ihrer nationalen Umweltgesundheitspolitik durch Ausbildung in Schaffung von Kapazität und Entwicklung von Methodikinstrumenten für die Organisation des Risikomanagements und für die Gesundheitsfolgenabschätzung.

Klimaveränderungen zwingen die Gesundheitssysteme in der gesamten Region, die unmittelbaren Gesundheitsfolgen durch Anpassung zu bewältigen sowie wirksame Minderungsstrategien zu erarbeiten, zu fördern und umzusetzen. Die WHO hat eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die Ländern helfen können, die gesundheitlichen Auswirkungen von

Klimaveränderungen zu erforschen und Anpassungsmaßnahmen zu planen, insbesondere für extreme Wetterereignisse. Das Regionalbüro wirkt bei vielen Forschungsinitiativen als Koordinator oder Partner mit, beispielsweise bei den Projekten zu Klimaveränderungen und Anpassungsstrategien zum Schutz der menschlichen Gesundheit, zu den Auswirkungen von sommerlichen Klimabedingungen auf die menschliche Gesundheit und zu Allergien. Ein Höhepunkt war die Koordinierung des Kapitels über menschliche Gesundheit im Vierten Sachstandsbericht der Zwischenstaatlichen Sachverständigengruppe über Klimaänderungen (39), die 2007 den Friedensnobelpreis erhielt. Das Regionalbüro hat sich bemüht, Partner aus dem östlichen Teil der Europäischen Region der WHO in diese Forschungsinitiativen einzubeziehen.

Im Rahmen der Zusammenarbeit des Regionalbüros mit der Europäischen Umweltagentur (EUA) wurde mit der Ermittlung, Entwicklung, Standardisierung und Evaluierung sowie der breiten Nutzung von Systemen zur Verlaufsbeobachtung und Beurteilung von Veränderungen bei Umwelt- und Gesundheitsindikatoren begonnen. Diese Aktivitäten sollen durch den Aufbau eines Informationssystems zu Klima, Umwelt und Gesundheit ausgeweitet werden. In Bezug auf zentrale Indikatoren für die Auswirkungen von Klimaveränderungen und die Einschätzung von Trends im Zeitverlauf sind weitere Arbeiten erforderlich.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von globalem Wandel und Gesundheit kooperiert das Regionalbüro mit verschiedenen Organisationen der Vereinten Nationen, beispielsweise dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP), der Weltorganisation für Meteorologie (WMO), der UNECE und dem Sekretariat der Klimarahmenkonvention der Vereinten Nationen. Es ist ein aktiver Partner des Nairobi Arbeitsprogramms zu Klimafolgen, Anfälligkeit und Anpassung. Die Europäische Kommission, die EUA und das ECDC sind wichtige Partner bei Maßnahmen für ein besseres Verständnis und die Überwachung von Trends sowie für evidenzbasierte Lösungen für Probleme wie Hitzewellen und neu auftretende Infektionskrankheiten.

Nichtübertragbare Krankheiten und damit verbundene Risiken und Probleme

Schätzungen zufolge sind nichtübertragbare Krankheiten für 86% der Sterbefälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO, gemessen in um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY), verantwortlich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs tragen am stärksten zu dieser Last und zu dem fast 20 Jahre betragenden Unterschieden innerhalb der Region in Bezug auf gesunde Lebenserwartung bei.

Ein wirksamer Ansatz zum Problem der nichtübertragbaren Krankheiten erfordert integrierte sektorübergreifende Maßnahmen bezüglich der Risikofaktoren und der ihnen

zugrunde liegenden Determinanten in Verbindung mit Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme mit dem Ziel besserer Prävention und Kontrolle. Nach umfassenden Konsultationen mit Ländern wurde auf der sechshundfünfzigsten Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten angenommen und anschließend in der gesamten Europäischen Region der WHO verbreitet (40).

Als Beispiele für ihre Umsetzung in die Praxis seien genannt: Auf einer Konferenz über die Prävention von Gebärmutterhalskrebs im Mai 2007 waren 46 Mitgliedstaaten vertreten (siehe den Abschnitt über reproduktive Gesundheit weiter unten), und zur Entwicklung der 2007 vorgestellten Europäischen Charta für Herzgesundheit (41) kooperierte das Regionalbüro mit der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, dem Europäischen Netzwerk der Herzstiftungen und der Europäischen Kommission. Das integrierte Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) wird in 31 Ländern durchgeführt (42).

Tabak und Alkohol

In mehr als der Hälfte der Europäischen Region der WHO beruht der größte Beitrag zur Krankheitslast weiterhin auf dem Tabakkonsum. Die öffentliche Unterstützung für eine rigorose Anti-Tabak-Politik und Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums ist mittlerweile groß und nimmt national und international weiter zu. Bis Ende 2007 waren 152 Vertragsparteien, darunter 41 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sowie die Europäische Gemeinschaft, dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) (43), dem ersten weltweit verbindlichen Vertrag im Bereich



© iStockphoto.com/philipeil

In vielen Ländern in der Europäischen Region sind öffentliche geschlossene Räume wie Restaurants, Cafés, Gaststätten und Bars mittlerweile rauchfreie Zonen

der öffentlichen Gesundheit, beigetreten. Diese Länder haben aktiv zu den ersten beiden Konferenzen der Vertragsparteien und der Ausarbeitung von FCTC-Leitlinien und -Protokollen beigetragen. Die bemerkenswerteste Entwicklung war das vollständige Rauchverbot in öffentlichen geschlossenen Räumen in einer Reihe europäischer Länder. Das Regionalbüro:

- berichtete über die Situation der Tabakkontrolle in der Europäischen Region und diesbezügliche politische Handlungskonzepte (44);
- überprüfte die Fortschritte, die bei der Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie seit ihrer Verabschiedung im Jahr 2002 erzielt wurden (45); und
- etablierte eine Basislinie für die Überwachung der Fortschritte bei der Umsetzung der FCTC in der Region.

In der Europäischen Region der WHO wird der weltweit höchste Alkoholkonsum pro Kopf verzeichnet. Der gesundheitsschädliche Konsum von Alkohol ist für 10,1% der Krankheitslast, gemessen in um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY), verantwortlich. Die Aktivitäten des Regionalbüros dienen vor allem dazu, in Übereinstimmung mit den Zielen des Handlungsrahmens für die Alkoholpolitik (46) die Mitgliedstaaten zu unterstützen und Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention sowie strukturierte Behandlung, Forschung, Evaluierung und Überwachung in angemessenem Umfang zu gewährleisten. Dennoch hat etwa die Hälfte der Mitgliedstaaten der Region noch keinen Aktionsplan zu Alkohol verabschiedet.

Das Regionalbüro arbeitet in einer Reihe von Bereichen im Zusammenhang mit Alkohol konsequent mit der Europäischen Kommission zusammen. Es ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Alkohol und Gesundheit“ der Europäischen Kommission und leistet Beiträge zur Partnerschaft des Nordens in den Bereichen Gesundheit und Soziales, die Alkohol als eine ihrer Prioritäten ausgewählt hat. Das Regionalbüro hat im Juni 2006 das Europäische Alkoholinformationssystem (47), eine Datenbank zum Alkoholverbrauch, aktualisiert. Um die Datenerhebung zu rationalisieren und die Ausarbeitung einheitlicher Statistiken zu erleichtern, wird diese ab 2008 mit einem mit der Europäischen Kommission entwickelten Alkoholinformationssystem zusammengeführt.

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheitsprobleme sind für schätzungsweise 19,5% der DALY verantwortlich. Sie gelten als die wichtigste Ursache von mit Behinderungen verbrachten Lebensjahren (YLD): etwa 39,7% der YLD aufgrund aller Ursachen. Unipolare depressive Störungen verursachten in der Region 13,7% der mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre und waren damit die Hauptursache chronischer Erkrankungen in der Europäischen Region der WHO. In den meisten Teilen der Region dominiert weiterhin die institutionelle Pflege: Mehr als zwei Drittel aller

Bettenplätze für psychisch Kranke befinden sich in psychiatrischen Krankenhäusern. In einigen Ländern verschlingt die Erhaltung großer Anstalten 85% der für psychische Gesundheit aufgewendeten Mittel. Viele psychisch behinderte oder kranke Kinder, Erwachsene und Ältere leben in Sozialpflegeheimen, bisweilen unter schlechten Bedingungen.

Die Arbeit des Regionalbüros im Zweijahreszeitraum 2006–2007 richtete sich auf die Umsetzung der Prioritäten in der Erklärung und dem Aktionsplan von 2005 (48). Viele Länder in der Region haben Strategien zum Thema psychische Gesundheit entwickelt. Die WHO leistete fachliche Unterstützung für 24 Mitgliedstaaten, die ihre Strategien formulieren oder überarbeiten, die Prävention mit der Förderarbeit integrieren oder die Primärversorgung mit fachärztlichen Leistungen koordinieren wollten. Konferenzen zur Planung oder Einführung nationaler Strategien fanden in der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Lettland, Litauen, Moldau, Polen, der Tschechischen Republik und der Ukraine statt.

Das Regionalbüro leistete fachliche Unterstützung für das Projekt zur psychischen Gesundheit in den neun Ländern des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (49), vor allem in den Bereichen Personalentwicklung, Managemententwicklung und Ausbildung für Fallmanagement. Es entsandte Missionen auf Ersuchen der Gesundheitsministerien Litauens und Rumäniens und analysierte und beurteilte die Versorgung psychisch Kranker in Tadschikistan. In Albanien, wo das Programm zur Auslagerung der Versorgung aus dem Krankenhaus in die Gemeinde graduelle Fortschritte erzielt, koordiniert die WHO den Aufbau von gemeindenahen Psychiatrieteams und die Schaffung von Primärversorgungskapazität.

Das Regionalbüro nahm an hochrangigen Veranstaltungen zur psychischen Gesundheit teil, darunter mehreren Veranstaltungen der Europäischen Kommission, der Arbeitsgruppe Gesundheit des Europäischen Parlaments und der EU-Ratspräsidentschaft. Die WHO unterstützte auch die Europäische Kommission und den Europarat bei der Aufstellung eines analytischen Inventars der bestehenden grundsatzpolitischen Maßnahmen in Bezug auf psychische Gesundheit. In einem Partnerschaftsprojekt mit den Niederlanden richtete sie eine neue Website zur psychischen Gesundheit ein, und 35 Länder beteiligen sich an einer detaillierten Basisuntersuchung zur Umsetzung politischer Handlungskonzepte zur psychischen Gesundheit. Die WHO erklärte sich zudem bereit, Berichte über die Situation bei der psychischen Gesundheit (gemeinsam mit der Europäischen Kommission), über soziale Determinanten für psychische Gesundheit und über Epilepsie in Europa zu veröffentlichen.

Adipositas, Ernährung und Bewegung

Schätzungen zufolge ist schlechte Ernährung für 4,6% der Gesamtkrankheitslast in der Region verantwortlich. Mikronährstoffmangel (Vitamin A, Jod und Eisen) ist ebenfalls ein Besorgnis



erregendes Thema, und Vollstillen bis Ende des sechsten Lebensmonats ist mit Raten zwischen 1% und 46% nicht sehr verbreitet. Gleichzeitig verursacht die sich ausbreitende Adipositas-Epidemie schätzungsweise zusätzliche 7–8% DALY. Etwa 17–24% Bevölkerung erreichen nicht das empfohlene Mindestmaß an Bewegung. Am besorgniserregendsten ist, dass sich bei beträchtlichen Ungleichheiten innerhalb der Region die Gesamttrends verschlechtern (50).

Nach umfassenden Konsultationen mit Mitgliedstaaten, Experten und mit dem Thema befassten maßgeblichen Akteuren richtete das Regionalbüro 2006 in Istanbul in der Türkei die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der

Adipositas (23) aus. Die Konferenz mündete in die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas (51), die eine klare grundsatzpolitische Zielrichtung weist: durch Maßnahmen, die in allen Lebensphasen und unter unterschiedlichen Umständen auf eine Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und räumlichen Umwelt angelegt sind, innerhalb der nächsten zehn Jahre der Adipositas-Epidemie Einhalt zu gebieten und sie umzukehren. Viele der Delegationen unterstrichen die Bedeutung körperlicher Bewegung für die Bekämpfung der Adipositas-Epidemie.

Als Folgemaßnahme zu der Konferenz in Istanbul arbeitete das Regionalbüro den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung aus (52). Der von den Mitgliedstaaten auf der Tagung des Regionalkomitees im September 2007 gebilligte Plan enthält eine detaillierte Liste vorrangiger Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit.

Eine 2007 durchgeführte Erhebung ergab, dass seit der Istanbul Konferenz gute Fortschritte bei der Umsetzung der Politik erzielt wurden. Um die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der auf der Konferenz verabschiedeten Ziele noch besser verfolgen zu können, entwickelte das Regionalbüro ein verfeinertes Analyseinstrument. Es richtete eine Datenbank zur Ernährungspolitik ein und erstellte ein internationales Inventar von Dokumenten zur Bewegungsförderung (53). Das Inventar enthält jetzt etwa 400 Einträge einschließlich nationaler Konzepte zur Bewegungsförderung aus 23 Ländern (unter anderem durch Außenaktivitäten wie Radfahren und Gehen), Wissens- und Informationsdokumente, Projekte und Fallstudien.

Die WHO hat für die Mitgliedstaaten mehrere Umsetzungsinstrumente bereitgestellt. Auf zwei Konferenzen präsentierte das Regionalbüro die neuen WHO-Referenzwerte für Kinderwachstum und verbreitete sie in englischer und russischer Sprache (54). Fünf Länder haben sie offiziell übernommen, und 19 signalisierten, dass sie ihre Übernahme prüfen. Das Regionalbüro unterstützte mehrere Länder bei der Ausarbeitung von Leitfäden für die Ernährung: Drei Länder entwickelten solche Richtlinien, und vier überarbeiteten bestehende. 16 Länder verfügen über Richtlinien für die Mütterernährung, und drei arbeiten neue Richtlinien für Säuglingsbeikost aus.

Schwangerschaft, Geburt sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Müttersterblichkeit variiert in der Europäischen Region der WHO von 210 Sterbefällen pro 100 000 Lebendgeburten in Zentralasien bis zu 4–5 Sterbefällen pro 100 000 Lebendgeburten in mehreren westeuropäischen Ländern. In ähnlicher Weise variieren die Neugeborenensterblichkeit von 27–32 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten in Zentralasien bis zu 3 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten in westeuropäischen Ländern und die Perinatalsterblichkeit von 11,55 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten bis zu 6,48 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten. Offensichtlich bleibt viel zu tun, um Schwangerschaften in der Region sicherer zu machen, und solche Verbesserungen sind eine Frage der Chancengleichheit.

Um in der Region das Bewusstsein für die Verringerung der Mütter- und Perinatalgesundheit zu schärfen, das Engagement dafür zu stärken und mehr diesbezügliche Maßnahmen herbeizuführen, nutzte das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien in 12 vorrangigen Ländern WHO-Empfehlungen und vorbildliche Beispiele aus der Praxis. Die finanzielle und technische Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Partnern wurde ausgeweitet. Unter Verwendung des Leitfadens *Beyond the numbers* (55) organisierte das Regionalbüro Seminare zum Thema Müttersterblichkeit und zu Morbiditätsfallstudien. Es organisierte auch Fortbildungskurse und Seminare für

Gesundheitsfachkräfte, in denen der kürzlich aktualisierte Maßnahmenkatalog für wirksame Perinatalversorgung verwendet wurde, und veröffentlichte das Dokument *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer* (56). Dieses vermittelt einem breiten Publikum von Gesundheitsverbänden bis zu politisch Verantwortlichen und anderen Partnern allgemeine Orientierung zur Ausarbeitung oder Aktualisierung von Strategien zur Verbesserung der Mütter- und Kleinkindgesundheit.

Das Regionalbüro startete ein Projekt zur Stärkung der nationalen Kapazität für die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in Südosteuropa, das auch ein Seminar für leitende Gesundheitsfachkräfte zur Ausarbeitung und Anwendung klinischer



Eine Gesundheitsfachkraft in Tadschikistan zeigt einer jungen Mutter, wie sie für ihr neugeborenes Kind einen guten Start ins Leben gewährleistet

Leitlinien umfasste (57). Es unterstützte Moldau bei der Stärkung der Fähigkeit von Familien und Gemeinden, Mütter als Partner einzubeziehen sowie ihre Bedürfnisse und die Bedürfnisse ihrer Neugeborenen zu erfüllen.

Bezüglich der eng damit zusammenhängenden reproduktiven Gesundheit waren die Hauptprioritäten die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen und jungen Menschen, die Prävention von Gebärmutterhalskrebs und der Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit.

Ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragene Krankheiten sind bei jungen Menschen stark verbreitet, worin sich ihr fehlender Zugang zu Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit widerspiegelt. 26 Länder in der Europäischen Region der WHO beteiligten sich am Partnerschaftsprojekt „Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen in Europa“ (SAFE) zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Rechte junger Menschen. Die Partner – die Europäische Kommission, das europäische Netzwerk der Internationalen Föderation für Familienplanung (IPPF), die Universität Lund und das WHO-Regionalbüro für Europa – strebten neue Wege an, um auf bestehende Forschungsergebnisse aufzubauen und jungen Menschen Informationen sowie Dienstleistungen aus dem Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zugänglich zu machen.

Zu den Projektergebnissen zählten die Zusammenstellung und Veröffentlichung von Informationen zur Sexualaufklärung in einem multikulturellen Europa, zum Sexualverhalten junger Menschen und zu Handlungskonzepten zur Verbesserung der Gesundheit (58). Das Regionalbüro organisierte eine Konsultation, zu der hochrangige Vertreter aus der Politik im Dezember 2006 zusammenkamen, um sich über die Erfahrungen mit dem Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in ihren Ländern auszutauschen und zukünftige Maßnahmen zu planen (59). Im Oktober 2007 fand eine Schlussveranstaltung statt, auf der die Projektergebnisse evaluiert wurden und ein grundsatzpolitischer Leitfaden zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Rechte junger Menschen in der Europäischen Region der WHO vorgestellt wurde (60).

Jahr für Jahr sterben in der Europäischen Region der WHO inakzeptabel viele Frauen an Gebärmutterhalskrebs, einer weitgehend vermeidbaren Krankheit. Impfstoffe gegen die humanen Papillomaviren, der Hauptursache von Gebärmutterhalskrebs, wurden 2006 zum klinischen Einsatz zugelassen. Eine Regionaltagung im Mai 2007 und eine Ausgabe der Zeitschrift *Entre Nous* (61,62) boten Foren für den Austausch von Erfahrungen mit der Prävention von Gebärmutterhalskrebs in der Region. Um den Ländern evidenzbasierte

Orientierung zu geben, wurde ein Entwurf für einen Strategieleitfaden der WHO zum Einsatz der Impfstoffe in der Europäischen Region ausgearbeitet.

Geschlecht und Gesundheit

Diskriminierung, Armut und mangelnde Gleichberechtigung in Partnerschaften hindern viele Frauen daran, die für sie optimalen gesundheitlichen Resultate zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Probleme der reproduktiven Gesundheit und Gewalt im häuslichen Bereich sind die beiden wichtigsten Folgen von geschlechtsspezifischer Ungleichheit mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen. Geschlechtsspezifische Faktoren können auch mit anderen sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten wie Bildung, Armut und Volksgruppenzugehörigkeit zusammenwirken.

Die Weltgesundheitsversammlung billigte 2007 die Strategie zur Integration von Gleichstellungsanalysen und -maßnahmen in die Arbeit der WHO (63). Sie liefert den Rahmen für die generelle Berücksichtigung der Geschlechtergleichstellung in der Arbeit von Regionalbüro, Länderbüros und Ländern, vor allem durch die Entwicklung von Instrumenten, die Verbreitung von Evidenz und die Ermittlung von Defiziten und Prioritäten.

Das Büro hat insbesondere sein Wissen über Anzeichen für Verknüpfungen zwischen Geschlecht und Gesundheit in folgenden Bereichen erweitert:

- HIV, als Folgemaßnahme zur Erklärung von Dublin (64);
- nichtübertragbare Krankheiten, durch die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (40);
- Tuberkulose; sowie
- Vaterschaft und ihre Auswirkungen auf Männer, Frauen und Kinder (65).

Das Regionalbüro unterstützte folgende Länder unmittelbar:

- Belgien, durch einen Dialog über die Einrichtung einer Abteilung für Frauengesundheit im Gesundheitsministerium;
- Moldau, durch die Entwicklung des Moduls zu häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft als Teil des Umsetzungsplans für die nationale Strategie für reproduktive Gesundheit;
- Spanien, bei der Erstellung eines Berichts über Geschlecht und Gesundheit; und
- Tadschikistan, bei der Ausarbeitung eines Gesetzes zu häuslicher Gewalt sowie bei der Integration der Themen Geschlecht und Rechte auf reproduktive Gesundheit in eine Strategie für reproduktive Gesundheit.

Das Regionalbüro trug auch zu einem Kapitel über Geschlecht und Gesundheit in einer Bewertung geschlechtsspezifischer Auswirkungen durch die Working Group on Women's Empowerment and Gender Equality der Vereinten Nationen bei.

Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Während einige Länder in der Region Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten verzeichnen, die zu den niedrigsten in der Welt zählen, sind diese in anderen Ländern zehnmal so hoch. Ein in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) geborenes Kind hat ein dreifach höheres Risiko, vor Vollendung des fünften Lebensjahrs zu sterben, als ein in der Europäischen Union (EU) geborenes. Dies ist zum Teil auf den ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten zurückzuführen. Außerdem machen Frauen und Kinder das größte Segment armer Bevölkerungsgruppen aus und sind stärker von hoher Sterblichkeit sowie den zugrunde liegenden Faktoren wie Unterernährung betroffen.

Als Ort des Lernens für mehr als 95% der Kinder und jungen Menschen in der Region sind Schulen ein wertvolles Umfeld für Initiativen zur Förderung von Gesundheit und Krankheitsprävention im Zusammenhang mit Themen wie Rauchen, Ernährung und Alkoholkonsum. Nach Jahren zunehmend erfolgreicher Aktivitäten wurde das 1993 als Dreiparteienprojekt des Europarats, der Europäischen Kommission und des Regionalbüros eingerichtete Technische Sekretariat des Europäischen Verbunds der gesundheitsfördernden Schulen (ENHPS) an ein Kooperationszentrum der WHO verlagert, dem niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (NIGZ).

Suizid ist die dritthäufigste Todesursache bei jungen Menschen. Auf die unter 25-Jährigen entfallen zudem 30–40% aller neuen Fälle von HIV/Aids, und in Osteuropa und der GUS wird mehr als ein Viertel der neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei jungen Menschen registriert. Die Russische Föderation und die Ukraine liefern anschauliche Beispiele dafür, wie die HIV-Epidemie nicht nur unterschiedliche Kohorten betrifft, sondern auch die breite Bevölkerung erfasst.

Von insgesamt 77 Millionen Kindern sind schätzungsweise 14 Millionen übergewichtig und 3 Millionen adipös – mit steigender Tendenz. Gleichzeitig bleibt verringertes Größenwachstum aufgrund von Unterernährung ein Problem, vor allem in manchen Ländern Zentralasiens.

Das Regionalbüro unterstützte 12 Länder dabei, auf der Grundlage der Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region (66) ihre eigenen Strategien und Handlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Dabei kam ein eigens zu diesem Zweck entwickeltes Instrumentarium zum Einsatz (67). Es umfasst Instrumente für folgende Aufgaben:

- bestehende Konzepte und Programme zu beurteilen;
- wichtige Datentypen sowohl für die Strategieentwicklung als auch für die Überwachung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu bestimmen;
- (aus einer Liste international gebilligter Strategien und Leitlinien) geeignete Maßnahmen im Gesundheitssektor, dem Gesundheitssystem und anderen Sektoren auszuwählen; und
- zu gewährleisten, dass Gleichstellungsaspekte während des gesamten Prozesses berücksichtigt werden.

2006 entwickelte die Hälfte der Länder in der Region Strategien, und wiederum die Hälfte von diesen nutzte dabei die Strategie für die Europäische Region als Bezugsrahmen.

Viele Kinder erreichen aufgrund von Armut, schlechter Gesundheit und Ernährung sowie Vernachlässigung nicht ihre potenzielle kognitive Entwicklung. Die WHO-Strategie für integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI) stützt sich auf einen ganzheitlichen Ansatz zur frühkindlichen Entwicklung mit der Bezeichnung *Care for Development* [dt.: Förderung zugunsten von Entwicklung] (68). Der Ansatz wurde in die Aus- und Weiterbildungs-Curricula für Gesundheitsfachkräfte und die Primärversorgung für Kinder in acht Ländern in der Region (Armenien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan) aufgenommen, um ihnen zu ermöglichen, diese Aufgabe in integrierter Weise zu bewältigen.

Mit Unterstützung des Regionalbüros verbesserten zehn Länder (Armenien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldau, die Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, die Türkei und Usbekistan) trotz beschränkter Ressourcen durch die Einführung eines Instrumentariums mit anpassungsfähigen Instrumenten die Qualität ihrer pädiatrischen Versorgung. Zu diesen Instrumenten zählen auch ein Rahmen für Qualitätsverbesserung, evidenzbasierte klinische Leitlinien (in Form des *Pocket book of hospital care for children* (69)) und Lehrmaterialien.

Das WHO-Orientierungsprogramm zur Gesundheit im Jugendalter für Gesundheitskräfte wird zur Schaffung von Kapazität für die Erbringung von Gesundheitsleistungen für Jugendliche und junge Menschen einschließlich der am stärksten gefährdeten verwendet (70). Gemäß der Priorität, Ländern bei der Verbesserung der Qualität der Versorgung junger Menschen in der Europäischen Region der WHO zu helfen, unterstützte das Regionalbüro Moldau bei der Entwicklung von Standards für die Versorgungsqualität jugendfreundlicher Gesundheitsdienste. Die Standards wurden anschließend in einen Gesamtvorschlag zur Verbesserung des Zugangs und der Angemessenheit jugendfreundlicher Gesundheitsdienste in dem Land eingearbeitet, der der Regierung unterbreitet wurde.

Prävention von Gewalt und Verletzungen

Verletzungen sind Schätzungen zufolge die Ursache von jährlich etwa 790 000 Todesfällen in der Europäischen Region der WHO. Es bestehen allerdings große Ungleichheiten sowohl innerhalb von Ländern als auch länderübergreifend. Verletzungen und Gewalt sind in der Altersgruppe von 1–44 Jahren die häufigste Todesursache.

Das Regionalbüro unterstützt Mitgliedstaaten bei der Verringerung der Last aufgrund von Verletzungen und Gewalt sowie bei den Bemühungen, gemeinsam die in Resolution EUR/RC55/R9 zur Verletzungsprävention in der Region (71) und ähnlichen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen. Die meisten Mitgliedstaaten räumen mittlerweile insbesondere der Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr und von Gewalt Priorität ein. Schwerpunkte waren die Entwicklung nationaler politischer Handlungskonzepte, die Stärkung der Überwachung, die Unterstützung auf Erkenntnissen beruhender Praxis und die Schaffung von Kapazität einschließlich der Schutzfunktion des Gesundheitssystems.

Als Forum für den Austausch bewährter Beispiele aus der Praxis und die Schaffung von Kapazität im Bereich der Prävention von Gewalt und Verletzungen richtete das Regionalbüro ein Netzwerk nationaler Kontaktstellen in Gesundheitsministerien ein, in dem 49 Mitgliedstaaten vertreten sind (72). Die erste Tagung des globalen Netzwerks erfolgte im April 2006, und die zweite und dritte Tagung des Netzwerks für die Europäische Region fanden im Juni 2006 und im November 2007 statt.

Das Regionalbüro stärkte seine Partnerschaften mit der Weltbank und der Europäischen Verkehrsministerkonferenz (ECMT) im Rahmen von Aktivitäten zur Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr in der Russischen Föderation, ebenso mit den Generaldirektionen der Europäischen Kommission für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie für Energie und Verkehr.

Gesundheit im Strafvollzug

Das Regionalbüro für Europa entwickelte in Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und der Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht eine Datenbank zur Gesundheit im Strafvollzug und gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium von England im Vereinigten Königreich eine Datenbank bewährter Beispiele aus der Praxis. 2007 veröffentlichte es darüber hinaus den Leitfaden *Health in prisons. A WHO guide on the essentials in prison health* (73).

Für das Projekt Gesundheit im Gefängnis (HIPPP) besteht ein 36 Länder umfassendes Netzwerk nationaler Ansprechpersonen in Ministerien, die als Kontaktstellen zwischen dem

Regionalbüro und dem jeweiligen Mitgliedstaat fungieren (74). Das Netzwerk veranstaltete 2006 und 2007 zwei internationale Tagungen und richtete einen Lenkungsausschuss ein, in dem nationale und internationale Organisationen vertreten sind, die in diesem Bereich arbeiten oder sich durch beträchtliches Potenzial und Interesse dafür auszeichnen. Die grundsatzpolitischen Empfehlungen und vorbildlichen Beispiele aus der Praxis wurden in Zusammenarbeit mit für die Gesundheit im Strafvollzug zuständigen Ministerien und Gesundheitsministerien umgesetzt. Für 2006–2010 wurde ein neuer HIPP-Aktionsplan verabschiedet. Das Regionalbüro berief Fachkonsultationen zu wichtigen Gesundheitsthemen im Strafvollzug wie Tuberkulose und psychischer Gesundheit ein.

Höhepunkte bezüglich der Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO

Im Weltgesundheitsbericht 2000 (75) werden Gesundheitssysteme definiert als die Gesamtheit der Organisationen, Menschen und Institutionen, die an Maßnahmen mitwirken, deren Hauptziel die Verbesserung der Gesundheit ist. Diese Definition umfasst sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch die Einflussnahme auf Aktivitäten anderer Sektoren mit gesundheitlichen Auswirkungen (wie Landwirtschaft, Bildung und Handel). Die wesentlichen Ziele jedes Gesundheitssystems bestehen darin, den Gesundheitsstatus zu verbessern, Personen, die Gefahr laufen, durch Gesundheitsausgaben zu verarmen, durch eine faire Teilung der finanziellen Belastungen finanziellen Schutz zu bieten, auf Erwartungen der Bevölkerung einzugehen und effizient zu sein. Diese Ziele werden durch die Wahrnehmung von vier Kernfunktionen verfolgt: Dienstleistung, Finanzierung, Steuerung/Führung sowie Mittelgenerierung (11).

Um dazu beizutragen, dass die Mitgliedstaaten den bestmöglichen Gesundheitszustand erreichen, konzentriert sich das Regionalbüro auf die Unterstützung der zentralen Komponenten der vier Funktionen des Gesundheitssystems. In den letzten Jahren hat es sich dementsprechend bemüht, die Aktivitäten seiner Gesundheits- und Gesundheitssystemprogramme besser zu integrieren sowie die vier Funktionen von Gesundheitssystemen besser zu koordinieren.

Die Länder der Europäischen Region der WHO stehen bei der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitssysteme vor vielfachen Herausforderungen. Qualitativ hochwertige Leistungen auf der Grundlage der Primärversorgung sind der Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitssystemleistung sowohl in den westlichen als auch in den östlichen Ländern der Region. Zusätzlich zwingen Kosten die Regierungen zu schwierigen Entscheidungen.

Gesundheitstechnologien (einschließlich Pharmazeutika), Forschung und Personal sind zu wichtigen Elementen von Innovation und Wachstum geworden; sie zu planen, hat sich jedoch als schwierig erwiesen. Unter dem Hinweis auf Verantwortung und Rechenschaftspflicht wird dafür geworben, dass die Aufgabe der Steuerung/Führung von Gesundheitssystemen gut erfüllt wird; Gesundheitsministerien und verwandten Institutionen fehlen jedoch vielfach die notwendigen Instrumente. Die nachstehend beschriebenen Beispiele veranschaulichen, wie das Regionalbüro Reaktionen auf die Herausforderungen unterstützt, mit denen Gesundheitssysteme in der gesamten Region in unterschiedlicher Weise konfrontiert sind.

Leistungserbringung

Primärversorgung

Die Stärkung der Primärversorgungsleistungen ist eine Priorität bei Gesundheitsreformen in der gesamten Europäischen Region der WHO. Westliche Länder müssen steigende Kosten dämpfen und sich wandelnden Anforderungen gerecht werden, während die mittel- und osteuropäischen Länder sowie die GUS-Länder die Qualität und die Abdeckung grundlegend verbessern müssen, um das größtmögliche Segment ihrer immer anspruchsvolleren Bevölkerung zufrieden zu stellen.

Das übergeordnete Ziel des Büros ist es, für die Mitgliedstaaten die notwendigen evidenzbasierten Informations- und Überwachungsinstrumente zur Unterstützung fundierter politischer Entscheidungen und Interventionen bereitzustellen. Deshalb unterstützte es die Mitgliedstaaten bei der Beurteilung der Stärkung und Schwächen ihrer Primärversorgungsdienste im Zeitverlauf und der anschließenden Verknüpfung evidenzbasierter Forschungsinstrumente mit dem Praxiseinsatz in Ländern. Diese Aktivitäten umfassten im Einzelnen:

- Die Entwicklung und Leistung der Primärversorgung mit Hilfe einer Umfrage zu erfassen und zu beurteilen. Die Umfrage wurde zuerst in der Russischen Föderation und Turkmenistan erprobt und anschließend in Bosnien und Herzegowina, Estland, der Russischen Föderation, Turkmenistan und Usbekistan vollständig durchgeführt.
- Mechanismen zur Verbesserung der Qualität der Primärversorgung in Pilotprojekten in Slowenien und Usbekistan zu erproben und sie anschließend in Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Slowenien, der Ukraine und Usbekistan einzuführen.
- Die besten Verfahren zur Integration vertikaler Fachprogramme in die Primärversorgung im Rahmen von Pilotprojekten in Kirgisistan und der Ukraine zu ermitteln und auf diese Weise die Entwicklung hin zu Systemen für integrierte Leistungserbringung in Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Ukraine, Usbekistan und Weißrussland zu unterstützen.

In Kirgisistan sucht ein besorgter Mann eine Primärversorgungsambulanz auf



© WHO/Martina Pellny

Das Niederländische Institut für Gesundheitsforschung (NIVEL), ein WHO-Kooperationszentrum für Primärversorgung, führte diese Projekte durch.

Zusätzlich organisierte das Regionalbüro eine Reihe von Grundsatzgesprächen zu diesen Themen: in Estland im März 2006, in Kasachstan im November 2006, in Kirgisistan im Mai 2006 sowie in Usbekistan und Weißrussland im Mai 2007 (76).

Öffentliche Gesundheitsdienste

Viele Länder sind nicht nur mit Problemen bei der Primärversorgung konfrontiert, sondern haben auch ihre öffentlichen Gesundheitsdienste unzureichend entwickelt. Insbesondere in Ländern in Mittel- und Osteuropa gibt es vielfach parallel betriebene vertikal segmentierte öffentliche Gesundheitsprogramme (77). Im zurückliegenden Zweijahreszeitraum hat das Regionalbüro die Ziele verfolgt, eine angemessene Definition öffentlicher Gesundheitsdienste und eine solide Methodik für ihre Evaluierung zu entwickeln sowie Empfehlungen für ihre weitere Stärkung, ihre Verschlinkung und die Verbesserung ihrer Leistung abzugeben. Unter Verwendung der von einer Expertengruppe 2006 ausgearbeiteten Methodik erstellte das Regionalbüro den ersten Entwurf eines Fachpapiers zu zentralen öffentlichen Gesundheitsdiensten sowie einen detaillierten Fragebogen und ein rechnergestütztes Instrument zur Selbsteinschätzung. Außerdem führte es eine Reihe von Ausbildungs- und Orientierungsseminaren durch.

Das Regionalbüro leistete konzeptionelle Beratung und fachliche Unterstützung für Estland, Kirgisistan und Slowenien sowie die neun Länder, die dem Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk angehören: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Moldau, Montenegro, Rumänien und Serbien (78).

Das Regionalbüro förderte die konzeptionelle Entwicklung und räumte den öffentlichen Gesundheitsdiensten einen höheren Stellenwert in der Reformagenda für nationale Gesundheitssysteme ein. Auf einem regionalen Seminar in Rumänien im November 2007 und der 17. Tagung des Netzwerks in Kroatien im Dezember 2007 erarbeiteten und erörterten Teilnehmer des Netzwerks eine Entwurfsfassung eines Berichts zu dem Thema (79). Die Evaluierung ergab unter anderem, dass einer der gravierendsten Engpässe in Gesundheitssystemen durch Personalprobleme und Fachkräftemigration entsteht.

Das Regionalbüro hat zum Gesamtprozess mit Koordinierung und konzeptioneller Führung beigetragen. Internationale Partner haben zuvor vereinbarte konkrete Projekte durchgeführt. Die wichtigsten Partner waren das Gesundheitsministerium von England im Vereinigten Königreich, die Entwicklungsbank des Europarates und die *Escuela Valenciana de Estudios de la Salud* (EVES) in Spanien.

Medizinische Notversorgung

Wie weiter oben (im Abschnitt über die Prävention von Gewalt und Verletzungen) bereits erwähnt, verzeichnen Länder mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen die große Mehrheit der Fälle von Tod und Behinderung infolge von Verletzungen. Ursache hierfür ist, dass sowohl die Zahl der Verletzungen als auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu Tod oder Behinderung führen, in diesen Ländern höher sind. Sie benötigen deshalb Unterstützung bei der Analyse und Beurteilung ihrer Beschränkungen sowie im Anschluss daran bei der Stärkung ihrer Notfallversorgungssysteme.

2006 veröffentlichte das Regionalbüro einen Leitfaden zur Bewältigung von Krisen mit hohen Opferzahlen (80) als Instrument für die Notfallplanung. Dieser listet die geeigneten Maßnahmen auf, die Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen ergreifen sollten, um sich besser auf kritische Situationen vorzubereiten. Dieses praxisorientierte Instrument war Teil der Ausarbeitung eines Krisenplans für Krankenhäuser mit einem besonderen Schwerpunkt auf den möglichen Ausbruch einer Influenza-Pandemie. Viele Länder einschließlich Armeniens, Bulgariens, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Georgiens, Österreichs, Polens, der Slowakei und der Tschechischen Republik baten die WHO, den Leitfaden dem zuständigen Personal vorzustellen oder Seminare für diese durchzuführen.

Das Regionalbüro startete auch eine von der EU unterstützte Initiative zur Analyse und Beurteilung der Krisenvorbereitung der medizinischen Notfalldienste in EU-Mitgliedstaaten. Schlussendlich fördert es die Umsetzung eines Forschungsprotokolls zur Untersuchung der Inanspruchnahme der medizinischen Notfalldienste durch Zuwanderer.

Katastrophenschutz

Der fachliche Schwerpunkt des Regionalbüros in diesem Bereich besteht darin, die Systeme vor Ort zur Bewältigung von Bedrohungen der Gesundheitssicherheit zu befähigen, indem sie wirksam auf die gesundheitlichen Aspekte zukünftiger Katastrophen und Krisen reagieren. Politische Instabilität und fachliche Defizite beeinträchtigen in einigen Ländern die Nachhaltigkeit von Programmen, und die Krisenprogramme der meisten Gesundheitsministerien verfügen über begrenzte Kapazität und Ressourcen. Diese Faktoren erschweren die Förderung eines umfassenden sektorübergreifenden Ansatzes unter Berücksichtigung von Mehrfachgefahren.

Zum Weltgesundheitstag 2007, der die internationale Gesundheitssicherheit zum Thema hatte, veröffentlichte das Regionalbüro ein Diskussionspapier über jüngere Gesundheitskrisen in der Europäischen Region der WHO mit dem Titel *Towards health security (81)*. Darin wurden die bei der Bekämpfung jüngerer Bedrohungen der Gesundheitssicherheit gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst. Zu diesen Bedrohungen zählen übertragbare Krankheiten (siehe den Abschnitt über Vogelgrippe, Pandemievorbereitung und IGV), Naturkatastrophen und größere Unfälle, Konflikte, komplexe Krisen und Klimaveränderungen (siehe den Abschnitt über Umwelt und Gesundheit).

Um die Risikominderung zu fördern und die Krisenmanagementkapazität im Gesundheitssektor in der gesamten Region zu verbessern, führte das Regionalbüro Fachmaßnahmen durch. In zwei Postkonfliktsituationen im Nordkaukasus in der Russischen Föderation und im Kosovo¹ bemühte sich das Regionalbüro um Wiederherstellung und Instandsetzung der Infrastruktur mit einem Schwerpunkt auf dem Wiederaufbau nicht mehr funktionsfähiger Gesundheitssysteme.

Weil Gesundheitsbedrohungen sektorübergreifend sind, muss der Gesundheitssektor nicht nur die Führungsrolle einnehmen, sondern auch mit anderen Sektoren zusammenarbeiten und Orientierungshilfen für deren Reaktionen geben. Gleichermaßen kooperiert das Regionalbüro mit anderen und nutzt Partnerschaften. Die WHO ist ein aktiver Partner der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe für Zentralasien und beteiligte sich gemeinsam

² In diesem Bericht entspricht die Verwendung der Bezeichnung „Kosovo“ Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrats.

mit den Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Organisationen an mehreren Notfallplanungsinitiativen zu zentralasiatischen Ländern. Andere wichtige Partner bei diesen Aktivitäten waren das Ministerium für internationale Entwicklung (DFID) des Vereinigten Königreichs, das Amt für humanitäre Hilfe der Europäischen Kommission (ECHO), die Behörde für internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten (USAID), Norwegen, das ECHO-Förderprogramm für Katastrophenvorsorge (DIPECHO), die Schwedische Agentur für Internationale Entwicklungszusammenarbeit (Sida) und der Treuhandfonds der Vereinten Nationen für menschliche Sicherheit (UNTFHS).

Die WHO hat spezielle Programme zur Vorbereitung und zur Reaktion auf Gesundheitskrisen eingeführt. Zur Schaffung von Kapazität der Systeme vor Ort und zur Etablierung von Koordinierungsmechanismen hat sie dabei mit Gesundheitsministerien zusammengearbeitet. Auf diese Weise sollen bei zukünftigen Krisen die vermeidbare Morbidität und Sterblichkeit minimiert werden. Im Rahmen einer globalen Untersuchung der WHO zur Bewertung der Krisenvorbereitung des Gesundheitssektors und seiner Kapazität zu Gegenmaßnahmen wurden in 19 Mitgliedstaaten der Europäischen Region Daten erhoben und analysiert (82). Ein auf Mehrfachgefahren ausgerichtetes Bewertungsinstrument zur Analyse der Kapazität von Ländern zur Bewältigung von Bedrohungen der Gesundheitssicherheit wurde entwickelt und 2007 in Armenien und Aserbaidschan in Pilotprojekten erprobt. In Armenien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Georgien, Österreich, Polen, der Slowakei und der Tschechischen Republik führte das Regionalbüro Seminare zur Krisenvorbereitung in Gesundheitssystemen mit einem Schwerpunkt auf der Krisenvorbereitung in Krankenhäusern durch.

Qualität und Sicherheit im Blutspende- und Transfusionswesens

Die Qualität im Blutspende- und Transfusionswesens sowie die Patientensicherheit sind in der Region sehr uneinheitlich und werden durch die Zunahme des grenzüberschreitenden Personenverkehrs, die Ausbreitung von HIV/Aids und anderen über das Blut übertragenen Infektionen, die multiresistente Tb und neu auftretende Krankheiten, insbesondere im östlichen Teil der Region, weiter beeinträchtigt (83). In Kasachstan und Kirgisistan wurden HIV-Ausbrüche im Zusammenhang mit Bluttransfusionen registriert, in Italien HIV-Infektionen durch Transplantation.

Das Regionalbüro beauftragte eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung von Leitlinien für die Entwicklung nationaler Strategien zur Verbesserung des Blutspende- und Transfusionswesens. In 15 Ländern (Albanien, Bulgarien, Bosnien und Herzegowina, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Moldau, Montenegro, Rumänien, Serbien, Tadschikistan, der Ukraine, Usbekistan und

Weißrussland) wurden Überprüfungen der nationalen Vorschriften sowie der Blutspende- und Transfusionsdienste durchgeführt, und in neun südöstlichen Ländern (Albanien, Bulgarien, Bosnien und Herzegowina, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Kroatien, Moldau, Montenegro, Rumänien und Serbien) wurden nationale Handlungskonzepte für das Blutspende- und Transfusionswesen ausgearbeitet (84). Die Transplantationspraxis in der Region wurde überprüft, und die WHO-Leitprinzipien wurden verbreitet und aktualisiert. In der Folge richtete das Regionalbüro ein Netzwerk ein und veranstaltete im Juni 2007 die erste Regionaltagung der Leiter der Blutspende- und Transfusionsdienste in der Europäischen Region der WHO sowie eine erste Konsultation zur Transplantationspraxis in der GUS und den zentralasiatischen Republiken.

Das Regionalbüro leistete Beiträge zu globalen WHO-Datenbanken zu Blutsicherheit und Organtransplantationen. Es unterstützte die HIV/Aids-Prävention durch die Schaffung von Kapazität für die Gewährleistung der Blut- sowie Injektionssicherheit und -qualität in den Ländern Mittel- und Osteuropas sowie der zentralasiatischen Republiken. Das Büro trug zum Abschluss von Lösungen für die Patientensicherheit bei, evaluierte die nationalen Berichterstattungssysteme in Polen und Ungarn und führte den ersten regionalen Workshop zum Thema Patienten für mehr Sicherheit durch (85,86).

Das Regionalbüro arbeitete eng mit anderen Partnern zusammen, beispielsweise mit:

- der Europäischen Kommission zu Fragen der Regulierung,
- dem Europarat zum Thema Leitlinien und Empfehlungen,
- der European School of Transfusion Medicine zum Thema Aufklärung,
- der Global Collaboration for Blood Safety zum Thema Vernetzung,
- dem Weltbündnis für Patientensicherheit zum Thema Patientensicherheit,
- der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zum Thema Qualität und Patientensicherheit sowie
- der Joint Commission International, einem WHO-Kooperationszentrum, zum Thema Lösungen für Patientensicherheit und Qualitätsstandards.

Finanzierung der Gesundheitssysteme

Neue Technologien und gestiegene Erwartungen erhöhen den Bedarf und die Kosten der Gesundheitssysteme, während demografische und gesamtwirtschaftliche/fiskalische Zwänge die Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch die Regierungen beschränken. Die Kombination birgt die Gefahr, dass die Gesundheitssysteme ihre Ziele nicht erreichen, und hat die Länder gezwungen, Reformen zur Verbesserung der Effizienz und der Verteilungsgerechtigkeit der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme ins Auge zu fassen. Die zwei allgemeinen Probleme der Gesundheitssystemfinanzierung sind die folgenden:

- die Fragmentierung bei der Zusammenlegung der Mittel, die die Möglichkeiten zur Quersubventionierung zwischen den relativ Gesunden und den relativ Kranken beschränkt und zu Effizienzdefiziten bei der Organisation der Leistungserbringung führt; und
- die fehlende Abstimmung der Instrumente für die Gesundheitsfinanzierung und -versorgung sowohl untereinander als auch mit den zu erreichenden Zielen mit der Konsequenz von Defiziten und suboptimaler Leistung.

Das Regionalbüro arbeitet auf die Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen durch die Anwendung eines umfassenden, funktional kohärenten und ergebnisorientierten Ansatzes zur Gesundheitsfinanzierung hin. Das Ziel ist die Entwicklung praxisorientierter Instrumente für die Diagnose und die Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsfinanzierung.

Die Arbeit der WHO in diesem Bereich während des zurückliegenden Zweijahreszeitraums stützte sich auf ihre einzigartige Position, die es ihr ermöglicht, die Führungen nationaler Gesundheitssysteme und Partnerorganisationen in einen politischen Dialog mit dem Ziel einzubeziehen, Orientierungshilfen für die Debatte über Optionen für die Förderung klar formulierter und messbarer Politikziele zu geben. Durch politischen Dialog, Analyse und Schaffung von Kapazität förderte und unterstützte das Regionalbüro politische Prozesse auf der nationalen Ebene, die mit dem Ziel der flächendeckenden Versorgung und den anderen Zielen der Gesundheitsfinanzierung übereinstimmen. Diese wurden in einem Dokument beschrieben, das 2006 dem WHO-Regionalkomitee für Europa vorgelegt wurde (87).

In diesem Dokument wurden die Ziele, der deskriptive Rahmen und die kontextuellen Beschränkungen der Gesundheitsfinanzierung definiert (88), und in einer Reihe nationaler Konzepte in der Region wurden diese Vorstellungen aufgenommen. Das Regionalbüro erstellte mehrere Analysepapiere als Anwendungen des Finanzierungsrahmens einschließlich Analysen der Verteilungsgerechtigkeit und des finanziellen Schutzes, deskriptive Fallstudien und Evaluierungen nationaler Gesundheitsfinanzierungsreformen (89–93). Die Außenwahrnehmung seiner Aktivitäten zur Gesundheitsfinanzierung konnte durch die Einrichtung einer Website und die Veröffentlichung von Fachberichten und Studien verbessert werden (94).

2006–2007 wurden die Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität der Schätzungen nationaler Gesundheitsausgaben so weit fortgeführt, dass Übereinstimmung zwischen den Zahlen in der globalen Berichterstattung der WHO und in der GFA-Datenbank hergestellt werden konnte (95). Neue aggregierte Daten zur Gesundheitsfinanzierung wurden in die Datenbank aufgenommen, und die Vergleichsdaten zu Gesundheitsausgaben in den Länderprofilen Gesundheitssysteme im Wandel geben jetzt diese verbesserten und verfeinerten Schätzungen wieder (96).

Das Regionalbüro bezog führende Entscheidungsträger in nationale Debatten zur Gesundheitsfinanzierung ein, beispielsweise in Aserbaidshon, Kirgisistan, Lettland und Ungarn. Das Regionalbüro präsentierte seine Analysen zu Gesundheitsfinanzierungsreformen in Estland, Kirgisistan und Moldau sowie Zusammenfassungen von Reformverfahren in GUS-Ländern auf internationalen wissenschaftlichen Konferenzen wie der Sixth European Health Economics Conference 2006 oder dem sechsten Weltkongress der International Health Economics Association 2007. Fachberichte zu Themen aus dem Bereich der Gesundheitsfinanzierung in Armenien, Kroatien, Polen und der Ukraine (92) wurden ebenfalls erstellt.

Das Regionalbüro kooperiert zum Thema Gesundheitsfinanzierung mit der Weltbank, USAID, dem DFID und der Sida. Das gemeinsam mit der Weltbank entwickelte Regionale Führungseminar zu Schaffung von Kapazität für Gesundheitsfinanzierung ist ein herausragendes Beispiel für die erfolgreiche Zusammenarbeit (94).

Steuerung/Führung von Gesundheitssystemen ***Stärkung der Institutionen der Mitgliedstaaten***

Die Stärkung der Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien ist eine Priorität der Gesundheitssysteme vieler Länder. Insbesondere die GUS-Länder und die Länder Ost- und Mitteleuropas stehen vor der großen Herausforderung, bei ihren Gesundheitsministerien einen Rollenwechsel vom Anbieter von Gesundheitsleistungen zum Steuerungsorgan im Gesundheitswesen und damit eine Verlagerung vom Schwerpunkt auf operative Aspekte zu Gesundheitssystemergebnissen, Strategie und Regulierung herbeizuführen.

Im Zweijahreszeitraum 2006–2007 hat sich das Regionalbüro bemüht, den Mitgliedstaaten Rat, Orientierung und Evidenz in Bezug auf wirksame Handlungskonzepte zukommen zu lassen, um sie besser in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheitspolitik, Strategiepläne und Regulierungsinstrumente zu entwickeln. Es organisierte Grundsatzseminare, Dialoge und Foren für Akteure und schuf Kapazität für die Umsetzung der neuen Ansätze in Bezug auf die Steuerungsfunktion (97).

Das Regionalbüro unterstützte 18 Länder mit Kernprodukten wie Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads des Gesundheitssystems (HSPA), Strategie- und Gesundheitspolitikentwicklung, Schaffung von Kapazität für Entscheidungsträger, Beurteilung der Führung des Gesundheitssystems und Überprüfungen der Gesundheitspolitik. Es leistete Unterstützung für Länder, die globalen Gesundheitsinitiativen wie der GAVI-Allianz (siehe den Abschnitt zu Partnerschaften in Kapitel 4) beitreten wollten, um gesundheitssystembezogene Aspekte ihrer Immunisierungsaktivitäten zu verbessern.

1. Das Büro bot Orientierungshilfen für die organisatorische Umstrukturierung und Strategien zur Stärkung der Steuerungsfunktion des Gesundheitsministeriums in Aserbaidschan, Moldau, Slowenien und der Türkei.
2. Beurteilungen der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads des Gesundheitssystems (HSPA) wurden in Armenien, Georgien, Kasachstan, der Russischen Föderation, der Ukraine und Usbekistan durchgeführt.
3. Fachunterstützung wurde für die Erarbeitung, Durchführung und Evaluierung von Gesundheitsreformplänen in Bosnien und Herzegowina, Portugal und Tadschikistan geleistet.
4. Bestandsaufnahmen der Gesundheitspolitik erfolgten in Aserbaidschan, Kroatien, Litauen, Portugal und Tadschikistan.
5. Gemeinsam mit der OECD führte das Regionalbüro eine Überprüfung des Gesundheitssystems in der Schweiz durch.
6. Nationale Fallstudien zur Verbesserung der Führung des Gesundheitssystems wurden in Estland, Lettland und Litauen abgeschlossen, und Gesundheitsgesetze wurden für Armenien und Kasachstan überprüft.
7. Mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik wurden Grundsatzdialoge organisiert: zum Mix von öffentlich und privat in der Gesundheitsversorgung in Albanien und Moldau, zu Defiziten und Ineffizienz in Gesundheitssystemen in Kroatien (für mehrere Länder Mittel- und Osteuropas) und zum Thema Führung des Gesundheitssystems in Estland für die drei baltischen Staaten (76).
8. Das Projekt zum Instrument zur Leistungsbewertung und Qualitätssteigerung in Krankenhäusern (PATH) wurde in acht Ländern und mehr als 100 Krankenhäusern in der Europäischen Region der WHO durchgeführt (98).

2006 und 2007 wurden mit einem Netzwerk hochrangiger Politikgestalter in westeuropäischen Ländern Konferenzen im Rahmen der Zukunftsforen zu ausgewählten Grundsatzfragen veranstaltet. Sie befassten sich mit Wegen zu mehr Gerechtigkeit im



Gesundheitsbereich beziehungsweise der ethischen Führung bei der Bereitschaftsplanung für eine Influenza-Pandemie (99,100).

Die wichtigsten Partner des Büros bei diesen Aktivitäten waren die Weltbank und das UNDP.

Armut und Gesundheit

Jedes Gesundheitssystem strebt die Verbesserung der Gesundheit sozioökonomisch anfälliger Bevölkerungsgruppen an; es wurde jedoch systematisch unzureichendes Wissen angewendet, um evidenzbasierten Rat zu erteilen. Das Regionalbüro hat deshalb gemeinsam mit Gesundheitsministerien in der Region nationale Fallstudien zu den Gesundheitssystemen erstellt, die sich erfolgreich mit dem Thema Armut und Gesundheit auseinandergesetzt haben.

Gemeinsam mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie sonstigen internationalen Gremien und Experten richtete das Regionalbüro eine Datenbank zu den Maßnahmen von Gesundheitssystemen zur Förderung der Gesundheit armer und gefährdeter Bevölkerungsgruppen ein (101). Die Datenbank enthält Fakten zu Verteilungsungerechtigkeiten in Bezug auf Gesundheit und anfällige Bevölkerungsgruppen. Auf dieser Grundlage organisierte das Regionalbüro 2007 eine Fachkonsultation zu den grundsatzpolitischen Auswirkungen der Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen bei der Bekämpfung armutsbedingter Gesundheitsprobleme dieser Gruppen und den dabei gewonnenen Erkenntnissen (102).

Mehr als die Hälfte der Mitgliedstaaten der Region nahm an diesen Aktivitäten teil. Einige wichtige Fallstudien waren beispielsweise die folgenden: Österreich entwickelte ein Programm, Team Neuner HAUSARZT, zum Schutz und zur Verbesserung des Zugangs von Obdachlosen zu Standardgesundheitsleistungen in Wien. Georgien erarbeitete ein staatlich finanziertes Programm für medizinische Hilfe zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Familien unterhalb der Armutsgrenze. Polen änderte sein System, um den besseren Zugang armer Menschen zur Gesundheitsversorgung einschließlich folgender Komponenten sicherzustellen: Pflichtkrankenversicherung aller in Frage kommenden Personen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, freiwillige Versicherung im allgemeinen Krankenversicherungssystem und kostenloser Zugang zu staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen für nicht versicherte arme Menschen. Rumänien schließlich startete eine Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationskampagne auf Gemeindeebene, um das Wissen über Tb bei anfälligen Gruppen und Roma zu erweitern, der Stigmatisierung und negativen Einstellung gegenüber Tb (als „Armutskrankheit“) entgegenzuwirken sowie die Fallerkennung und die Therapiebefolgung zu verbessern (102).

Soziale Determinanten von Gesundheit

Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit und Morbidität von Bevölkerungsgruppen innerhalb von Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO und zwischen ihnen scheinen größer zu werden und weisen ein starkes soziales Gefälle auf. Auch wenn das Wissen und die epidemiologischen Erkenntnisse über die sozialen Determinanten von Gesundheit zunehmen, hängt viel eher mit der Definition des Problems und dem Problembewusstsein als mit Politikoptionen und dem Wissen über die Realisierung von Lösungen zusammen. 2006 und 2007 wurden zwei länderübergreifende Konsultationen durchgeführt, an denen 70% der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO teilnahmen und in denen auf die Prioritäten in Bezug auf Schaffung von Kapazität und Wissen, um den sozialen Determinanten von Gesundheit entgegenzuwirken und Verteilungsungerechtigkeiten im Gesundheitsbereich zu verringern. In diese Konsultationen wurden die Weltbank, die EU und der Europarat einbezogen, und sie wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium von England im Vereinigten Königreich durchgeführt.

Das Regionalbüro leistete auch fachliche Unterstützung für Estland, die Russische Föderation und Länder in Südosteuropa, die die Fähigkeit ihrer Gesundheitsministerien verbessern wollten, aus wirtschaftlichen Gründen für Gesundheitsinvestitionen zu plädieren, die Gesundheit zu fördern und Verteilungsungerechtigkeiten im Gesundheitsbereich zu verringern.

Erschließung von Ressourcen

Gesundheitstechnologien und Pharmazeutika

Viele Länder in der Europäischen Region der WHO sind mit der Herausforderung konfrontiert, dass die staatlichen Ausgaben nicht hoch genug sind, um den Zugang zu Behandlung zu gewährleisten. Sie stehen auch vor Problemen in Bezug auf den rationellen Einsatz von Arzneimitteln, die Beschaffung und Ausgabe von Arzneimitteln und diagnostischen Instrumenten und ineffektive Regulierungssysteme. Ihre Hauptaufgaben sind:

- den Zugang zu unentbehrlicher Behandlung zu sichern;
- das Für und Wider neuer Arzneimittel, Impfstoffe und Technologien abzuwägen, die Bedrohungen durch neu auftretende Krankheiten entgegenwirken, aber zusätzliche Ausgaben verursachen; und
- Organisationsformen für einen Mix zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor zu entwickeln, der beide Sektoren zufrieden stellt (103).

Als Reaktion leistete die WHO methodische Unterstützung, stellte evidenzbasierte Ansätze für Diagnose, Behandlung, Versorgung sowie Schadensminderung bereit und erfüllte eine Koordinierungsfunktion bei der Entwicklung sowie der Einführung evidenzbasierter

Arzneimittel in Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Kroatien, Moldau, Tadschikistan und Usbekistan. Im Kontext dieses Projekts wurde ein Ausbildungsmodul für Spezialisten aus Armenien, Moldau und Usbekistan entwickelt. Das Regionalbüro unterstützte die Umsetzung einer Arzneimittelpolitik, indem es die Vernetzung zu Preissetzungs- und Kostenerstattungskonzepten in EU-Ländern förderte, direkte Unterstützung für Bulgarien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Lettland, Polen, die Slowakei, die Tschechische Republik und Ungarn leistete sowie Indikatoren für den Prozess der Umsetzung der nationalen Arzneimittelpolitik in den meisten GUS-Ländern entwickelte und beobachtete.

Ferner wurden weiterhin nationale und regionale Ausbildungsprogramme entwickelt, um Kapazität für Qualitätssicherung zu schaffen und Zugang zu vorrangigen Generika guter Qualität zu ermöglichen. Das Büro leistete Unterstützung und Schaffung von Kapazität in Bezug auf Organisationsformen für die Bereitstellung von Arzneimitteln und die Kostenerstattung für Bulgarien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kirgisistan, Lettland, Polen, die Slowakei, die Tschechische Republik und Ungarn.

Das Büro arbeitete mit allen wichtigen Partnern im Pharmazeutik-Bereich zusammen, und zwar sowohl auf der Länderebene (mit der Weltbank, dem Globalen Fonds, UNICEF und bilateralen Gebern) als auch auf der regionalen Ebene (mit der EU und dem Europarat). Zu den anderen Gebern zählten das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport in den Niederlanden, das Ministerium für internationale Entwicklung des Vereinigten Königreichs (DFID) und die Behörde für internationale Entwicklung der Vereinigten Staaten (USAID).

Gesundheitspersonal

In allen Ländern ist das Gesundheitspersonal ein zentraler Faktor für die Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen, und das Gesundheitssystem ist auf seine Verfügbarkeit, seine Qualifikationen, sein Wissen und seine Motivation angewiesen. Nach Schätzungen der WHO fehlen weltweit 4 Millionen Gesundheitsfachkräfte. Vielen Ländern in der Europäischen Region der WHO drohen zunehmend ein Fachkräftemangel und ein Ungleichgewicht bezüglich seiner Verteilung, und Prognosen zufolge wird sich der Fachkräftemangel im Laufe der nächsten 20 Jahre verschärfen. Die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland kann den Mangel in manchen Ländern beheben, schafft jedoch ihrerseits Mangel in anderen, vor allem Entwicklungsländern. Die Migration von Gesundheitskräften ist deshalb zu einem Thema geworden, das der Politik mehr und mehr Sorge bereitet. Die WHO widmet ihr ebenfalls besondere Aufmerksamkeit und hat die Mitgliedstaaten aufgefordert, Strategien zu entwickeln, um ihre schädlichen Folgen abzuschwächen (104).

Das WHO-Regionalkomitee für Europa erörterte das Thema 2007 und nahm eine Resolution an, in der das Regionalbüro ersucht wurde, der Beobachtung der Situation Priorität einzuräumen und zur Entwicklung eines ethischen Leitfadens als Rahmenkonzept für die Anwerbung von ausländischen Gesundheitskräften von innerhalb wie außerhalb der Europäischen Region beizutragen (105). Als Reaktion leitete das Regionalbüro einen Dialog über die Migrationsströme von Gesundheitskräften zwischen den Herkunfts- und Zielländern ein. Es analysierte weiterhin die Migrationsströme auf der Länderebene und stützte sich dabei auf zwei Bezugsrahmen: einen für Länderfallstudien und den anderen für die Beobachtung der Migration. Im September 2006 veröffentlichte das Büro einen Bericht über die Erkenntnisse zu diesen Migrationsbewegungen in fünf Mitgliedstaaten (106). In Zusammenarbeit mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik führte es auch eine Reihe von Grundsatzdialogen zur Gesundheitspersonalproblematik in Ländern durch (76).

Das Regionalbüro arbeitete in diesem Bereich mit vielen Partnern zusammen, insbesondere mit der Global Health Workforce Alliance, der OECD, der Internationalen Organisation für Migration (IOM) und der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO).

Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“

Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ (9), die vom estnischen Ministerium für Soziales in enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro vom 25. bis 27. Juni 2008 in Tallinn ausgerichtet wurde, veranschaulicht exemplarisch den hohen Stellenwert, den das Regionalbüro den gemeinsamen Aktivitäten mit den Mitgliedstaaten in Bezug auf die Gesundheitssysteme beimisst.

Bei Konsultationen in Österreich und Spanien 2006 ermittelten die Mitgliedstaaten Themen von besonderem Interesse sowie das zentrale Konzept der Beziehung zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand als Hauptschwerpunktgebiete für die Konferenz. 2007 fanden drei vorbereitende Veranstaltungen statt: zur Leistung der Gesundheitssysteme (in Brüssel, Belgien), zu personalpolitischen Konzepten im Gesundheitswesen (während der Tagung des Regionalkomitee in Belgrad, Serbien) und zur besseren Leistungserbringung im Gesundheitswesen (in Bled, Slowenien) (9).

Eine Redaktionsgruppe mit Experten aus 26 Mitgliedstaaten sowie Vertretern von Partnerorganisationen arbeitete eine Europäische Charta über Gesundheitssysteme aus, die

der Konferenz zur Annahme vorgelegt werden sollte. Ein externes Beratungsgremium aus Experten von Gesundheitsministerien, Hochschulen und Partnerorganisationen trat im Verlauf des Zweijahreszeitraums viermal zusammen, um über Themen und Programm der Konferenz sowie die dafür erforderliche Forschungsarbeit und die Beteiligung der Partnerorganisationen zu beraten. Um der Konferenz ein sektorübergreifendes Gewicht zu verleihen, wurde besonderer Wert auf die Einbeziehung maßgeblicher Partner aus den Bereichen Gesundheit und Finanzierung (u. a. Europarat, ECDC, EU-Kommission, Europäische Investitionsbank, OECD und Weltbank) gelegt.

Renommierte Autoren arbeiteten zwei Hintergrundstudien zu den Themen „Leistung der Gesundheitssysteme“ und „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ sowie eine Reihe von Grundsatzpapieren (*policy briefs*) zu einschlägigen Sachfragen aus (107).

4. Das WHO-Regionalbüro für Europa: Bereichsübergreifende Dienstleistungen, Organisation, Ressourcen und Verwaltungsführung

In diesem Kapitel wird auf die organisatorische Arbeit eingegangen, die die anderen Aktivitäten und Aufgaben des Regionalbüros unterstützt: seine Struktur, Partnerschaften und Mittelbeschaffung, Öffentlichkeitsarbeit, gesundheitsrelevante Erkenntnisse, Verwaltung, Personal, Informationstechnik, Haushalt und Finanzen, Infrastruktur und Verwaltungsführung.

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat 690 Bedienstete. Sein Sitz befindet sich in Kopenhagen. Es verfügt über fünf Außenstellen (geographically dispersed offices – GDO) in Barcelona, Bonn, Brüssel, Rom und Venedig sowie über Länderbüros in 29 Mitgliedstaaten in der gesamten Region (108). Die Bediensteten der Außenstellen nehmen ebenso wie viele Bedienstete in Kopenhagen Fachaufgaben zugunsten der gesamten Region zu spezifischen Fachthemen wahr. Die Büros in Barcelona und Venedig sind für die Gesundheitspolitik und die Gesundheitssysteme der Länder zuständig, während die Büros in Bonn und Rom mit nichtübertragbaren Krankheiten und der Umwelt befasst sind. Das Büro in Brüssel kümmert sich primär um die Verbindung zur Europäischen Kommission. Der Sitz des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik befindet sich ebenfalls in Brüssel.

Auf der Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2007 schlug Griechenland zur Stärkung der Facharbeit zu nichtübertragbaren Krankheiten und somit zur Umsetzung der Europäischen Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten (40) in der gesamten Region die Einrichtung einer Außenstelle in Athen vor. Das Regionalkomitee begrüßte den Vorschlag als Gelegenheit zur Stärkung der Kapazität des Regionalbüros. In der Folgezeit wurden der vorgeschlagene Arbeitsbereich sowie fachliche, finanzielle und Managementdetails ausführlich erörtert, und der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees zog auf jeder seiner Tagungen Bilanz der erzielten Fortschritte. Der Ständige Ausschuss prüfte sorgfältig die umfassende Vereinbarung, die ausgearbeitet wurde, und stimmte der endgültigen Fassung zu, in die seine Positionen und Stellungnahmen eingeflossen waren.

Bereichsübergreifende Dienstleistungen

Partnerschaften

Wie dieser Bericht zeigt, sind die wichtigen Partner des Regionalbüros naturgemäß die Europäische Kommission, der Europarat, die OECD, die Weltbank und andere Sonderorganisationen der Vereinten Nationen (109). Eine interessante Entwicklung ist, dass einerseits die Weltbank und das Open Society Institute und die verschiedenen Soros-Stiftungen ihre Arbeit in der Europäischen Region der WHO einschränken, dass aber andererseits die EU ihre Aktivitäten im Gesundheitsbereich ausweitet, vor allem über das ECDC, mit dem die WHO 2005 eine Vereinbarung abgeschlossen hat.

Um die Ansätze der Geber und Partner zur Unterstützung der Länderarbeit besser aufeinander abzustimmen, entwickelte das Regionalbüro im zurückliegenden Zweijahreszeitraum strategische Ansätze zum Aufbau von Partnerschaften und einen Rahmen für die Ressourcenmobilisierung. Ein weiteres Ziel war eine noch stärkere Länderausrichtung beim Aufbau und der Weiterentwicklung von Partnerschaften. Die WHO-Länderbüros sollten auf diese Weise in die Lage versetzt werden, die Mitgliedstaaten mit auf der regionalen Ebene entwickelten Mechanismen und Instrumenten noch besser zu unterstützen. Der Umzug vieler WHO-Länderbüros in Bürogebäude der Vereinten Nationen gewährleistete einen besser koordinierten Ansatz zur Länderunterstützung innerhalb des Systems der Vereinten Nationen.

Ferner haben Bedienstete der Länderbüros auf der Grundlage ihrer umfassenden Erfahrungen mit der Arbeit im Rahmen von Partnerschaften in Ländern in der gesamten Region und mit Unterstützung des Regionalbüros Instrumente entwickelt, um Partnerschaften auf der Länderebene zu ermitteln, aufzubauen, aufrechtzuerhalten und zu evaluieren. Diese Instrumente wie die vereinheitlichte Analyse der maßgeblichen Akteure und ein System für eine fortwährende Auswertung stehen jetzt der gesamten Organisation zur Verfügung.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme zeugt in beeindruckender Weise von der Bedeutung, die das Regionalbüro Partnerschaften beimisst. Das Observatorium gründet sich auf eine Partnerschaft zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa, der Weltbank, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der London School of Hygiene & Tropical Medicine, der London School of Economics and Political Science, den Regierungen von Belgien, Finnland, Griechenland, Norwegen, Schweden und Spanien sowie der italienischen Region Veneto (110).

Eine der Kernaufgaben des Observatoriums besteht darin, zu gewährleisten, dass es seine Erkenntnisse und Analysen wirksam an Entscheidungsträger weitergibt. Es erfüllt diese

Aufgabe nicht nur durch seine Grundsatzdialoge (76), sondern auch durch regelmäßige Buchpräsentationen, die Veröffentlichung von Zeitschriftenartikeln und die Förderung von Übersetzungen seiner Veröffentlichungen. Das Observatorium hat 22 Studien und 18 neue oder aktualisierte Länderprofile zum Thema „Gesundheitssysteme im Wandel“ (HiT-Profile) veröffentlicht (96). Die HiT-Profile, für die jetzt ein aktualisiertes Schema verwendet wird, basieren auf einer systematischen Erhebung und Analyse von Daten zu nationalen Gesundheitssystemen in der Praxis. Zusätzlich zur Durchführung von Grundsatzdialogen mit hochrangigen Entscheidungsträgern im östlichen Teil der Region (siehe den Abschnitt zu Steuerung sowie zur Wahrnehmung der Steuerungsfunktion in Kapitel 3) führte das Observatorium internationale Grundsatzdialoge durch, beispielsweise einen Dialog in Spanien zur Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzung mit Politikgestaltern in leitenden Positionen aus 14 Ländern.

Während der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft arbeitete das Observatorium mit dem Land am HiT-Profil für Portugal; die Zusammenarbeit umfasste aber auch die Bereiche Gesundheitsfolgenabschätzung und Gestaltung der Gesundheitssysteme. Das Observatorium führte während der finnischen EU-Ratspräsidentschaft gemeinsam mit dem Land eine Studie zu Gesundheit in allen Politikbereichen durch, nahm im Juni 2007 an einem Seminar in Brüssel zu Gesundheit in allen Politikbereichen in an die EU angrenzenden Ländern teil, leistete Beiträge zur EU-Ministerkonferenz über „Gesundheit in allen Politikbereichen: Errungenschaften und Probleme“ im Dezember 2007 (siehe Kapitel 2) und unterstützte die Agenda Belgiens sowie der Niederlande für Gesundheit in allen Politikbereichen. Plädoyers für Investitionen in Gesundheit erfordern Evidenz, und das Regionalbüro veröffentlichte im Namen des Observatoriums zwei Bücher zu dem Thema (111,112). Auf dem Europäischen Gesundheitsforum in Gastein in Österreich führte das Observatorium auch einen Grundsatzdialog auf hoher Ebene über ein Überdenken des Begriffs der finanziellen Nachhaltigkeit und ein Sonderseminar zum Thema Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand durch. Wie bereits erwähnt, leistete es substanzielle Beiträge zur Entwicklung von Evidenz und zur Ausarbeitung von Grundsatzpapieren für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (107).

Mittelbeschaffung

Weil globale Partnerschaftsinitiativen und -fonds wie die GAVI-Allianz und der Globale Fonds immer mehr Mittel für den Gesundheitsbereich auf die Länderebene leiten, hat die WHO Länder zunehmend dabei unterstützt, besseren Zugang zu verfügbaren Mitteln zu erhalten. Das Regionalbüro hat interne Strukturen zur Koordinierung und Verknüpfung der unterschiedlichen Programme geschaffen, die damit befasst sind. Es beteiligt sich auch an globalen, regionalen und nationalen Mechanismen für die Koordinierung maßgeblicher Akteure.

Hierdurch haben sich die Erfolgsquoten der Anträge von Ländern beträchtlich verbessert. Bis Ende 2007 hatte die WHO für fünf von acht Ländern, die bei der GAVI-Allianz Zuschüsse für Maßnahmen zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme beantragen konnten, in verschiedenen Phasen der Vorschlagsentwicklung Fachunterstützung geleistet: für Armenien, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan (in der Vorschlagsausarbeitungsphase in Form von Missionen in die Länder, einem regionalen Seminar und einer Schreibtischprüfung) sowie für Georgien (in Form einer Überprüfung maßgeblicher Akteure).

Das Regionalbüro vereinfachte und vereinheitlichte seine diversen Mittelbeschaffungsaktivitäten im Zusammenhang mit Aufforderungen der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz zur Einreichung von Projektvorschlägen sowie französischen, niederländischen und schwedischen Partnerschaftsvereinbarungen. Dies resultierte in einer verbesserten Ressourcenmobilisierung für die in den BCA aufgeführten Prioritäten.

Das Regionalbüro verbesserte auch seine Beziehungen zu nichtstaatlichen Organisationen. Dies belegt beispielsweise die höhere Zahl von Anfragen in Bezug auf offizielle Beziehungen, rechtskräftige Akkreditierung, Verwendung des WHO-Logos auf ihren Produkten und die Teilnahme von Bediensteten des Regionalbüros an ihren Veranstaltungen.

Außendarstellung und Internetpräsenz

In der Europäischen Region der WHO und darüber hinaus erstellt und verbreitet jeden Tag eine große Zahl von Akteuren eine enorme Menge an gesundheitsbezogenen Informationen. In dem Bemühen, die Aufmerksamkeit von Politikgestaltern und Entscheidungsträgern, Gesundheitsfachkräften, Massenmedien, Meinungsbildnern und der breiten Öffentlichkeit auf sich zu ziehen, führt dies zu starker Konkurrenz in der Öffentlichkeitsarbeit. Das WHO-Regionalbüro für Europa muss die Validität seiner grundsatzpolitischen Inhalte und die Qualität seiner Fachinformationen garantieren sowie sie zeitnah und wirksam in Formen verbreiten, die auf seine diversen Zielgruppen zugeschnitten sind.

Die Website des Regionalbüros spielt eine besonders wichtige Rolle im konkurrenzbetonten Bereich der Gesundheitsinformationen. Sie sichert dem Büro nicht nur ein prägnantes Profil bei Politikgestaltern, Fachkräften, den Medien und der Öffentlichkeit, sondern ist auch das vorrangige Medium für die Veröffentlichung der Daten, Informationen und Publikationen des Regionalbüros. Um die Außenwahrnehmung der Arbeit in Ländern zu verbessern, wurde auf der Website ein neuer Abschnitt zum Schwerpunkt Länderarbeit eingerichtet. Bis Ende 2007 waren für sieben Länder entsprechende Inhalte erstellt worden. Ferner wird eine Seite für jedes Länderbüro eingerichtet.



Zwischen Januar 2006 und Dezember 2007 stieg die Zahl der Zugriffe auf die Website um 11%. Im Zweijahreszeitraum wurden 476 850 Kopien der Produkte des Regionalbüros heruntergeladen. Die höchsten Download-Zahlen verzeichneten die Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (95), die *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas* (51) sowie die Veröffentlichungen *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten* (113) und *Air quality guidelines. Global update 2005* (38).

Gesundheitsrelevante Erkenntnisse Gesundheitsinformationssysteme

Gesundheitsinformationen spielen eine wichtige Rolle bei der Stärkung der Gesundheitssysteme. Sie erfordern einen strukturierten Generierungszyklus auf der Grundlage von Standards für die Erfassung, Verarbeitung und Anzeige von Daten zu jedem Mitgliedstaat. Das Regionalbüro hat Unterstützung sowohl für die Erhebung als auch die Nutzung von Daten im nationalen Kontext angeboten und sich auf diese Weise weiterhin um die Stärkung der nationalen Gesundheitsinformationssysteme bemüht. Fast 30 Länder nutzen WHO-Software zur Anzeige von Gesundheitsindikatoren auf verschiedenen Ebenen des nationalen Gesundheitssystems.

Durch die Einrichtung der Datenbank für Krankenhausmorbidity der Europäischen Region der WHO (114) erweiterte das Regionalbüro die Datenverfügbarkeit. Diese Datenbank enthält unter anderem Entlassungsdaten aus über 20 Ländern und ermöglicht einzigartige Analysen und internationale Vergleiche von Morbidity und Aktivitätsmustern der Krankenhäuser in verschiedenen Ländern. Darüber hinaus wurde ein neuer Typ einer detaillierten Sterblichkeitsdatenbank entwickelt, die den nutzerfreundlichen Zugriff auf konkrete Sterbeursachen ermöglicht. Um die Belastungen der Mitgliedstaaten aufgrund von Datenerhebungen zu verringern, vereinheitlichte das Regionalbüro im Rahmen einer intensivierten Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) und der OECD Definitionen und Zeitrahmen für die Erhebung zentraler Gesundheitsdaten aus Ländern.

Health Evidence Network

Das Health Evidence Network (HEN), ein vom Regionalbüro koordiniertes Netzwerk von 36 internationalen Organisationen und Institutionen, ist eine allgemein anerkannte Informationsquelle zu wichtigen Gesundheitsthemen (115). Die Zahl der Anträge auf Mitgliedschaft beim HEN ist weiter steigend, was seinen Zuspruch insgesamt belegt, und externe Quellen zitieren zunehmend aus HEN-Berichten.

Die HEN-Seiten auf der Website des Regionalbüros verzeichneten die zweithöchsten Zugriffszahlen von konstant etwa 8000 Aufrufen pro Monat. Im Zweijahreszeitraum veröffentlichte das HEN gemeinsam mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik eine Serie von Grundsatzpapieren und entwickelte mehrere Produkte für die Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Juni 2008 (107).

Veröffentlichungen, Sprachen sowie Verbreitung und Förderung der Anwendung von Informationen

Das Regionalbüro veröffentlicht sowohl Druckerzeugnisse als auch Webinhalte, und zwar in den vier offiziellen Sprachen des Büros. Die Durchschlagskraft lässt sich daran ermessen, dass neben den kostenlos verteilten Exemplaren und den vielen tausend von der Website heruntergeladenen Kopien mehr als 2900 Druckfassungen der Bücher des Regionalbüros verkauft wurden. Das Regionalbüro vergab auch Lizenzen zur Übersetzung und Veröffentlichung von 165 seiner Produkte in nicht offizielle Sprachen an Institute und andere Agenturen. Für die Aufnahme in vier unabhängigen spezialisierten Datenbanken, auf die nur zahlende Abonnenten zugreifen können, wurden 72 Titel ausgewählt.

Das Regionalbüro unterstützt 38 von Mitgliedstaaten unterhaltene WHO-Dokumentationszentren und stellt ihnen Kopien seiner Veröffentlichungen für das breite Publikum zur Verfügung. Institutionen und Ministerien in Ländern mit niedrigem Einkommen bietet das Büro über das Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI) auch vollständig oder nahezu kostenlosen Zugang zu wichtigen internationalen biomedizinischen Zeitschriften und Datenbanken (116).

Des Weiteren übersetzte das Regionalbüro die Dokumentation zu den Tagungen des Regionalkomitees in 2006 und 2007 aus dem Englischen in die drei anderen Arbeitssprachen und diejenige zu den acht Tagungen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees in die englische und die russische Sprache (117–119). Außerdem übersetzte es die Arbeitspapiere für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (23) und das Europäische Ministerforum der WHO „Alle gegen Tuberkulose“ sowie die Berichte der vorbereitenden Tagungen für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (9) in die deutsche, französische und russische Sprache.

eGesundheit

Das Büro verstärkte seine Aktivitäten in den Bereichen Informationstechnologien und eGesundheit, das heißt bezüglich der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich. Es definierte seine Rolle und seine Position gegenüber anderen internationalen Partnern und anerkannte die Bedeutung des bedarfsgerechten Einsatzes neuer Instrumente und Technologien zur Umgestaltung von Gesundheitssystemen im 21. Jahrhundert (120). Über das Globale Observatorium für eGesundheit der WHO wurde ein Netzwerk mit weltweit mehr als 522 Experten für eGesundheit (125 in der Europäischen Region) eingerichtet. Dieses Netzwerk bildet die Grundlage für die Entwicklung der Länder- und Facharbeit vor Ort. Das Programm stärkte die Eigenkapazität der WHO für die Nutzung von eGesundheit durch Bewusstseinsbildung, die Förderung von Außenkontakten und die Durchführung von Ausbildungsmaßnahmen innerhalb der Organisation.

Organisationsstruktur und Ressourcen Verwaltungsdienste

Während des Zweijahreszeitraums konzentrierten sich die Verwaltungsdienste des Regionalbüros auf die Vorbereitung der Einführung des Globalen Management-Systems (GSM) der WHO ab 2008. Das GSM wird die in den letzten 60 Jahren etablierte Arbeitsweise der Organisation verändern. Dieses eine System wird in allen WHO-Büros zum Einsatz kommen und über das Internet von überall auf der Welt rund um die Uhr zugänglich sein. Auf der

Grundlage von Analysen derzeitiger Arbeitsabläufe und einer Verständigung über zukünftige globale Organisationsprozesse sowie einer Definition der Aufgabenverteilung leistete das Regionalbüro wesentliche Beiträge zur Gestaltung des GSM. Mit dem Schwerpunkt auf die vorbereitenden Arbeiten sowohl in der Umstellungs- als auch in der Einführungsphase 2008–2009 analysierte ein bereichsübergreifendes Umstellungsteam die wahrscheinlichen Auswirkungen des GSM.

Das Büro widmete der Informationstechnologie sowie den Haushalts- und Finanzaspekten besondere Aufmerksamkeit. Dazu zählten die Anbindung sowohl der WHO-Länderbüros als auch der Außenstellen an das Global Private Network der Organisation, über das der Daten- und Sprachverkehr des GSM ablaufen wird, die Einrichtung des Global Data Hub zur Speicherung der Transaktionsdaten aus dem GSM und die ersten Schritte zur Integration des Regionalbüros in das WHO-Identitätsmanagementsystem mit vereinfachter Authentifizierung für den Zugriff auf globale Anwendungen.

Die Planung der neuen Rollen und Zuständigkeiten der Abteilung für Haushalt und Finanzen war eine der Hauptmanagementaufgaben im Jahr 2007. Das Personal der Abteilung wird zukünftig weniger mit der Transaktionsbearbeitung und dafür mehr mit Kontroll- und Prüfungsaufgaben befasst sein, während die Büros vor Ort einen größeren Teil ihrer Finanztransaktionen als zuvor selbst abwickeln werden. Zur Vorbereitung der Umstellung auf das GSM wurden die Daten in der Finanzdatenbank des Büros bereinigt.

Humanressourcen- und Personalentwicklung

Den Humanressourcen im Regionalbüro (sowohl dem Personal als auch den Diensten) wurde 2006–2007 beträchtliche Aufmerksamkeit gewidmet. Die in Entwicklungsprozess 9 (der 11 Entwicklungsprozesse, für die sich der Regionaldirektor 2005 ausgesprochen hatte) beschriebenen Schritte zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von Qualifikationen resultierten in einem Personalentwicklungsplan für 2007–2008. Zur Verbesserung seiner Leistung auf der Länderebene betonte das Büro des Weiteren die Schaffung von Kapazität in zwei wichtigen strategischen Bereichen:

- allgemeine Verwaltung: Vorbereitung des Personals auf die höhere Verantwortung und die daraus resultierende steigende Rechenschaftspflicht, die mit dem GSM einhergehen werden; und
- Gesundheitssystementwicklung, dem wichtigsten Arbeitsbereich des Regionalbüros.

Die Personalplanung war integraler Bestandteil der Diskussionen über die mittelfristige strategische Planung. Die Manager mussten Art und Dauer der Funktionen bestimmen, die zum Erreichen der im gesamten Büro erwarteten Ergebnisse notwendig sein werden.

Diese lieferte wertvolle Beiträge zum Personalplan der Organisation für 2008–2009, dem ersten je aufgestellten strategischen Personalplan für das Regionalbüro. Die Veränderungen der Personalplanung hingen eng mit Anpassungen der Organisationsstruktur des Büros zusammen, das den funktionsbezogenen Ansatz zu seiner Arbeit weiter konsolidierte. In dem Plan wurden wesentliche Humanressourcen in vier allgemeine Funktionskategorien eingeteilt: Ausrichtung und Strategie, externe Beziehungen und Dienstleistungen für Nutzer, Erbringung von Fachleistungen und Verwaltungsunterstützung.

Im Personalplan wurde auch die Ungleichverteilung internationaler Bediensteter auf der Länderebene berücksichtigt. Wie bereits in Kapitel 2 über die Länderbüros (Tabelle 1) beschrieben, wird der Anteil ausländischer Angehöriger des höheren Dienstes in den Länderbüros 2008–2009 von 16% auf 23% erhöht werden.

Die Durchführung der 2004–2005 begonnenen globalen Vertragsreform verstärkte diesen strategischen Humanressourcenansatz. Damit wurden drei Einstellungsarten eingeführt: auf Dauer, auf eine Planstelle und befristet. 2006–2007 wurden die Bemühungen fortgesetzt, um sicherzustellen, dass die von den derzeitigen Bediensteten besetzten Stellen der Reform entsprachen und die strategische Ausrichtung unterstützten. Während des Zweijahreszeitraums verwaltete das Regionalbüro nicht nur die Anstellungsverträge seiner 690 Bediensteten, sondern schuf darüber hinaus 174 Stellen. Die Vertragsreform führte zu einem weiteren Anstieg der Verträge zur Besetzung von Planstellen im Vergleich zu Ende 2005. Die derzeitigen Anteile lauten wie folgt: 68% der Bediensteten besetzen eine Planstelle, und 32% haben Kurzzeitverträge. Der Anteil der Bediensteten, die eine Planstelle besetzen, dürfte bis Ende 2009 70% erreichen, was die Kosten der Vertragsverwaltung senken wird.

Personalvereinigung

Im Laufe des Zweijahreszeitraums wurde der traditionell konstruktive Dialog zwischen der Verwaltung und der Personalvereinigung fortgesetzt. Dieser Dialog entfaltet sich in regelmäßigen Treffen mit dem Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen, dem Leiter des Personalbüros, dem Regionaldirektor und dem Stellvertretenden Regionaldirektor sowie kurzfristig anlässlich konkreter Themen. Zu den Fortschritten bei der Zusammenarbeit zählen die erfolgreiche Durchführung der Vertragsreform, die Einführung neuer Auswahlverfahren, die Einrichtung einer Gruppe für Organisationsentwicklung, die Bildung eines neuen Ausschusses zur Förderung der Arbeitssicherheit und der neue Personalplan auf der Grundlage strategischer Ziele statt des Arbeitsbereichs.

Managementinformationssysteme

Anlässlich der Einführung einer globalen WHO-Strategie für Informations- und Kommunikationstechnologien mit acht Kernzielen, deren Verwaltung im Rahmen eines neu eingerichteten Führungsnetzwerks erfolgt, definierte das Regionalbüro seine eigene Informationstechnologiestrategie. Diese soll es erleichtern, in den kommenden drei bis fünf Jahren globale Ziele und wichtige regionale Prioritäten zu erreichen. Daran schloss sich eine Überarbeitung der Profile für das Informationstechnologiepersonal an, die auch die Umstrukturierung des Service-Desk-Teams, ein neues System für den Anschluss der Länderbüros an das Netzwerk der Organisation und die Durchführung von Sprechstunden zu den am stärksten nachgefragten Ausbildungsthemen umfasste. Anfang 2007 wurde das Intranet umgestaltet. Es ermöglicht den Bediensteten in der gesamten Region jetzt den Zugriff auf Grundsatzkonzepte und Verfahren sowie die Informationen und Instrumente zu ihrer Anwendung.

Haushalt und Finanzen

Ein Überblick über den Programmhaushalt des Regionalbüros und seine Umsetzung im Zweijahreszeitraum 2006–2007 findet sich in Anhang 1.

Das Regionalbüro setzte seine Aktivitäten zur Haushaltskoordinierung und Überwachung fort, stellte für Gruppen und Länderbüros Mittel bereit, erledigte Zahlungen termingerecht und erstellte Finanzberichte für Geber. Namentlich begann es mit der Einführung von Elementen aus den Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor (IPSAS), was einen ersten Schritt zur Anpassung der Rechnungslegung der Organisation an vorbildliche heutige Praxis darstellte. Besonderes Augenmerk richtete sich auf die Einbeziehung der Länderbüros.

Infrastruktur und Logistik

Die dänische Regierung stellte dem Regionalbüro in Kopenhagen ein neues Bürogebäude zur Verfügung. Das Gebäude liegt neben den bestehenden Räumlichkeiten und wurde in die Sicherheitsumzäunung einbezogen. Die Konferenzräumlichkeiten wurden renoviert und mit moderner Ausstattung versehen, sodass jetzt die Außenstellen an Tagungen in Kopenhagen teilnehmen können.

2007 begannen Verhandlungen zwischen den in Kopenhagen ansässigen Organisationen der Vereinten Nationen und der dänischen Regierungen über Planungen zum Bau eines neuen VN-Büroviertels bis 2012/2014.



2006 stellte die dänische Regierung dem Regionalbüro ein neues Bürogebäude innerhalb der Sicherheitsumzäunung zur Verfügung

Aspekte der Verwaltungsführung bezüglich der Region

Die Mitgliedstaaten wurden zunehmend stärker in die globale Leitung der WHO eingebunden. Die Europäische Region hat jetzt acht Sitze im Exekutivrat inne, die geografisch gut verteilt sind. Seit Mai 2006 verfügen die Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region über zwei Sitze im Programmhaushaltsausschuss, die von Dänemark und Portugal besetzt wurden. In der Person von Professor José Pereira Miguel übernahm Portugal im Mai 2007 den Vorsitz des Ausschusses für ein Jahr.

Die sechshundfünfzigste Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2006 befasste sich mit vier Grundsatz- und Fachthemen (121):

- die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten;
- Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und Mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013;
- Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa; und
- Förderung der Gesundheitssicherheit.

Auf der Tagung fanden auch vier Fachinformationsveranstaltungen zu folgenden Themen statt:

- Influenza;
- Ansätze zur Gesundheitsfinanzierung in der Europäischen Region;
- Vorbereitung auf die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas; und
- HIV/Aids-Prävention.

Die siebenundfünfzigste Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2007 befasste sich mit drei Grundsatz- und Fachthemen (122):

- personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO;
- Zweiter Europäischer Aktionsplan für Nahrung und Ernährung; sowie
- die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – gewonnene Erkenntnisse.

Zusätzlich fanden auf der Tagung Fachinformationsveranstaltungen zu folgenden Themen statt:

- Erfolge und Grenzen der Gesundheitsreform in Serbien (vom serbischen Gesundheitsministerium veranstaltet);
- IGV;
- die Stimme der Bürger in der Gesundheitspolitik; und
- die Situation in der Region in Bezug auf wasserbedingte Krankheiten und das Protokoll über Wasser und Gesundheit.

Während des Zweijahreszeitraums fanden elf Tagungen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa statt. Er gab Empfehlungen zur Erstellung der Dokumentation des Regionalausschusses zu während des Zweijahreszeitraums behandelten Finanz-, Verwaltungs-, Grundsatz- und Fachthemen (119). Außerdem bezog er Stellung zur Frage, ob es wünschenswert ist, in Bezug auf die Vertretung in WHO-Gremien und -Ausschüssen ein geografisches Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Teilen der Europäischen Region sicherzustellen.

Literatur

1. *Resolution EUR/RC50/R5* des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
2. *Engaging for health. Eleventh General Programme of Work 2006–2015. A global health agenda*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf, accessed 19 June 2008).
3. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
4. Target country pages [web site]. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040511_1, accessed 19 June 2008).
5. Wismar M et al., eds. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
6. *Der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/RC50/gdoc10.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
7. Unsere Mission [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/20020908_2?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
8. *Resolution EUR/RC55/R8* des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ des WHO-Regionalbüros für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
9. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008 [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/healthsystems2008?language=German>, eingesehen am 19. Juni 2008).

10. *Country offices the frontline troops for health policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2007/20071112_2, accessed 12 June 2008).
11. *WHO's health system performance framework: functions and goals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323_1, accessed 19 June 2008).
12. *International Health Regulations (2005)* [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/csr/ihr/en/>, accessed 19 June 2008).
13. *Chikungunya in Emilia Romagna Region, Italy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/surveillance/outbreaks/20070904_1, accessed 19 June 2008).
14. *Toxic oil syndrome: mass food poisoning in Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984.
15. *Toxic oil syndrome: current knowledge and future perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
16. *Toxic oil syndrome. Ten years of progress*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050114_1?language=German, accessed 19 June 2008).
17. *Resolution EUR/RC52/R10 des WHO-Regionalkomitees für Europa: 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, eingesehen am 19. Juni 2008).
18. *Regional Strategy: from Malaria Control to Elimination in the WHO European Region 2006–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E88840.pdf>, accessed 19 June 2008).
19. *The Tashkent Declaration. "The Move from Malaria Control to Elimination" in the WHO European Region. A commitment to action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89355.pdf>, accessed 19 June 2008).
20. *REACH project helps sponsor regional health conference in Afghanistan*. Cambridge, Management Sciences for Health, 2006 (<http://www.msh.org/news-bureau/kabul-declaration-on-health-collaboration-20-04-2006.cfm>, accessed 19 June 2008).
21. *WHO meeting on progress achieved with malaria elimination in the WHO European Region, Ashgabat, Turkmenistan, 30 October – 01 November 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91127.pdf>, accessed 19 June 2008).
22. *Board meetings*. 17 January 2007. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007 (http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/board/boardmeetings/2007/17january2007/17_january_2007.jsp, accessed 19 June 2008).

23. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=German>, eingesehen am 19. Juni 2008).
24. Futures Fora. Support for European Union presidencies [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/futuresfora/20070320_1, accessed 19 June 2008).
25. *EU/Moldova Action Plan*. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/action_plans/moldova_enp_ap_final_en.pdf, accessed 19 June 2008).
26. Durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/vaccine?language=German>, eingesehen am 19. Juni 2008).
27. *Die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (EUR/07/5061622/5; <http://www.euro.who.int/document/e90883g.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
28. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1?language=German, accessed 19 June 2008).
29. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, WHO Regional Office for Europe. *Monitoring progress on the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
30. Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1, accessed 19 June 2008).
31. Sexually transmitted infections [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/aids/sti/20021128_1, accessed 19 June 2008).
32. *Hepatitis C among injecting drug users in the new EU Member States and neighboring countries: situation, guidelines and recommendations*. Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2007 (<http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/Hepatitis%20C%20112%20psl.pdf>, accessed 19 June 2008).
33. Management of hepatitis C and HIV coinfection. In: Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1?language=German, accessed 19 June 2008).
34. *Ten year vision and strategy*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/10_year_vision.pdf, accessed 19 June 2008).
35. *Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060810_1?language=German, accessed 19 June 2008).

36. *Intergovernmental Midterm Review, Vienna 13–15 June 2007. Meeting report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/EEHC/IMR_Vienna_mtgrep_en.pdf, accessed 19 June 2008).
37. *The Protocol on Water and Health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/document/wsn/Water_protocol_2005.pdf, accessed 19 June 2008).
38. *Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070323_1?language=German, accessed 19 June 2008).
39. Confalonieri U et al. Human health. In: *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.* Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
40. *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061101_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
41. *European Heart Health Charter.* Sophia Antipolis, European Society of Cardiology, 2007 (<http://www.heartcharter.eu/download/toolkit/EHHC%20English.pdf>, accessed 19 June 2008).
42. Countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) programme [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/CINDI>, accessed 19 June 2008).
43. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en>, accessed 19 June 2008).
44. *The European tobacco control report 2007.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1?language=German, accessed 19 June 2008).
45. *European Strategy for Tobacco Control.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3, accessed 19 June 2008).
46. *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, eingesehen am 19. Juni 2008).
47. European Alcohol Information System [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1, accessed 19 June 2008).

48. *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, eingesehen am 19. Juni 2008).
49. Stability Pact for South-Eastern Europe – Mental health project [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20031111_1, accessed 16 June 2008).
50. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070914_1?language=German, accessed 19 June 2008).
51. *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (EUR/06/5062700/8; <http://www.euro.who.int/Document/E89567g.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
52. *Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung 2007–2012 der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91153g.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
53. International inventory of documents on physical activity promotion [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/PhysicalActivity>, accessed 13 June 2008).
54. Nutrition surveillance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/nutrition/20070418_1, accessed 13 June 2008).
55. *Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/>, accessed 19 June 2008).
56. *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90771.pdf>, accessed 19 June 2008).
57. South-eastern Europe. *Strengthening national capacities for improving maternal and neonatal health* [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/pregnancy/20070525_1, accessed 19 June 2008).
58. *Sexuality education in Europe – A reference guide to policies and practices*. Brussels, IPPF European Network, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/RHP/SexEd_in_Europe.pdf, accessed 19 June 2008).
59. *Report of the high-level consultation on improvement of sexual and reproductive health and rights of young people in Europe. Report on a WHO meeting. Copenhagen, Denmark, 11–12 December 2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Document/RHP/Sex_Health_Consult.pdf, accessed 19 June 2008).

60. *Guide for developing policies on sexual and reproductive health and rights of young people in Europe*. Brussels, IPPF European Network, 2007 (<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/New+Publications.htm>, accessed 19 June 2008).
61. Strengthening cervical cancer prevention in Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/reproductivehealth/meetings/20070510_1, accessed 13 June 2008).
62. Can we prevent cervical cancer? *Entre Nous*, 2007, 64:1–31 (<http://www.euro.who.int/document/ens/en64.pdf>, accessed 19 June 2008).
63. *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf, accessed 19 June 2008).
64. *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Government of Ireland, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 19 June 2008).
65. *Fatherhood and health outcomes in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e91129.pdf>, accessed 19 June 2008).
66. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>, accessed 19 June 2008).
67. *European strategy for child and adolescent health and development. Gender tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/childhealthdev/news/20080110_2, accessed 19 June 2008).
68. *IMCI Care for Development*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/pdfs/imci_care_for_development.pdf, accessed 18 June 2008).
69. *Pocket book of hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/, accessed 18 June 2008).
70. Orientation programme on adolescent health for health-care providers [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591269/en/index.html, accessed 13 June 2008).
71. *Resolution EUR/RC55/R9 des WHO-Regionalkomitees für Europa: 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, eingesehen am 19. Juni 2008).
72. Violence and injury prevention. European network of national focal points [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20060124_1, accessed 19 June 2008).

73. *Health in prisons. A WHO guide on the essentials in prison health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1?language=German, accessed 19 June 2008).
74. Health in Prisons Project [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/prisons>, accessed 19 June 2008).
75. *The world health report 2000. Health systems: improving performance.* Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 19 June 2008).
76. Policy dialogues [web site]. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/about/20070323_1, accessed 19 June 2008).
77. *Health and economic development in south-eastern Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe and Paris, Council of Europe Development Bank, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009_1?language=German, accessed 19 June 2008).
78. South-eastern Europe Health Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/stabilitypact/network/20040611_1, accessed 19 June 2008).
79. *Seventeenth Meeting of Senior Government Officials of Countries in South-eastern Europe. Report on a Joint Council of Europe/WHO meeting. Zagreb, Croatia, 7–8 December 2007.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/SEE/Finalrep_17th_mtg_Zagreb_.pdf, accessed 19 June 2008).
80. *A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e89763.pdf>, accessed 19 June 2008).
81. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90175.pdf>, accessed 19 June 2008).
82. *Global assessment of national health sector emergency preparedness and response.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/entity/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 19 June 2008).
83. *Klinicheskoe primenenie krovi.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (CD-ROM, in Russian).
84. *Blood services in south-eastern Europe. Current status and challenges.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90300.pdf>, accessed 19 June 2008).
85. *Patient safety in Europe. Baseline regional survey, 2004–2005 data.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E91321.pdf>, accessed 19 June 2008).

86. *European Regional Patients for Patient Safety Workshop, Dublin, Ireland, 3–5 September 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient_Safety_DubRep.pdf, accessed 19 June 2008).
87. *Ansätze zur Gesundheitsfinanzierung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/RC56/gbd01.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
88. Three pillars of health financing policy [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/financing/policy/20061108_1, accessed 7 July 2008).
89. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006, 21(6):421–431.
90. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and tuberculosis and accelerating prevention within the health system in the Baltic states*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e90675.pdf>, accessed 17 June 2008).
91. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E90770.pdf>, accessed 17 June 2008).
92. Lekhan V, Rudy V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>, accessed 19 June 2008).
93. Kutzin J. Myth, instruments and objectives in health financing and insurance. In: Hoist J, Brandrup-Lukanow A, eds. *Extending social protection in health. Developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007:87–95 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, accessed 17 June 2008).
94. Health systems financing [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 19 June 2008)
95. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=German>, accessed 19 June 2008).
96. HiT country profiles [web site]. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1, accessed 19 June 2008).
97. Stewardship [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/healthsystems/stewardship/20061004_1, accessed 16 June 2008).
98. *PATH. Performance assessment tool for quality improvement in hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E89742.pdf>, accessed 19 June 2008).

99. *Tenth Futures Forum on steering towards equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070628_1?language=German, accessed 19 June 2008).
100. *Eleventh Futures Forum on the ethical governance of pandemic influenza preparedness*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080428_1?language=German, accessed 19 June 2008).
101. Research activities [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/poverty/20050711_2, accessed 19 June 2008).
102. Technical Consultation on Poverty and Health, Venice, 29 November – 1 December 2007 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/poverty/20071106_2, accessed 19 June 2008).
103. Health technologies and pharmaceuticals [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/pharmaceuticals>, accessed 19 June 2008).
104. *The world health report 2006. Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_en.pdf, accessed 19 June 2008).
105. *Resolution EUR/RC57/R1 des WHO-Regionalkomitees für Europa: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
106. *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, accessed 19 June 2008).
107. Wichtigste Publikationen zur Konferenz [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34?language=German, eingesehen am 1. Juli 2008).
108. Büros der WHO/Europa [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/WHOEuropeOffices?language=German>, eingesehen am 31. Juli 2008).
109. External cooperation and partnerships [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/partnerships>, accessed 19 June 2008).
110. European Observatory on Health Systems and Policies [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory>, accessed 19 June 2008).
111. Surhcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070628_2?language=German, accessed 19 June 2008).

112. Surhcke M et al. *Economic consequences of noncommunicable disease in the Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070411_1?language=German, accessed 19 June 2008).
113. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
114. Datenbank der Europäischen Region zur Krankenhausmorbidity [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20061120_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
115. Health Evidence Network [Website]. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/HEN?language=German>, eingesehen am 19. Juni 2008).
116. Health InterNetwork Access to Research Initiative [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hinari/en/>, accessed 19 June 2008).
117. Sechsfundfünfzigste Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa [Website]. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC56/20061106_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
118. Siebenfundfünfzigste Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa [Website]. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC57/20071024_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
119. Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees [Website]. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20010825_1?language=German, eingesehen am 19. Juni 2008).
120. eHealth [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/telemed>, accessed 19 June 2008).
121. *Bericht über die sechsfundfünfzigste Tagung*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e89487g.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).
122. *Bericht über die siebenfundfünfzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90752g.pdf>, eingesehen am 19. Juni 2008).

Anhang 1.

Der Programmhaushalt und seine Umsetzung

Bei der Leistungsbewertung des Programmhaushalts wird evaluiert, inwieweit das Sekretariat die organisationsweit erwarteten Ergebnisse erreicht hat, in Bezug auf welche es rechenschaftspflichtig ist. Dies ist ein integraler Bestandteil des ergebnisbasierten Managementrahmens der WHO. Der zweijährlich durchgeführte Prozess umfasst die regelmäßige Überwachung der Arbeitspläne und eine Halbzeitüberprüfung daraufhin, welche Fortschritte in Bezug auf das Erreichen erwarteter Ergebnisse erzielt wurden. Die Resultate der Leistungsbewertung des Programmhaushalts dienen als Grundlage für Entscheidungen über Programmänderungen und die Ausarbeitung des Programmhaushalts für die nächste Zweijahresperiode. In der Bewertung werden die wichtigsten Errungenschaften des Sekretariats herausgestellt sowie Erfolgsfaktoren, Beschränkungen und gewonnene Erkenntnisse beschrieben. Darüber hinaus werden die erforderlichen Maßnahmen zur Leistungsverbesserung aufgeführt. Es handelt sich dabei um einen von unten nach oben, das heißt von der Länderebene zur regionalen Ebene verlaufenden Prozess, bei dem überprüft wird, inwieweit in Arbeitsplänen enthaltene Produkte und Dienstleistungen erbracht wurden, Indikatorzielvorgaben für erwartete Ergebnisse erreicht wurden und über die Realisierung dieser Ergebnisse Bericht erstattet wurde.

Bei der Bewertung für 2006–2007 handelte es sich primär um eine erstmals durchgeführte Selbstbewertung, die methodisch verbessert werden muss, um zu einer einheitlichen Bewertung auf der Grundlage gemeinsamer Indikatoren und Kriterien zu gelangen. Um die Zuverlässigkeit und die Genauigkeit der Bewertungsergebnisse in allen größeren WHO-Büros zu gewährleisten, wurde ein aus zwei externen Experten und einem hochrangigen WHO-Bediensteten zusammengesetzter globaler Qualitätssicherungsausschuss gebildet. Der Ausschuss benannte eine Reihe von Beschränkungen und Bereichen für Verbesserungen, die zu einem gewissen Grad auch für das WHO-Regionalbüro für Europa relevant sind.

- Die Indikatoren erfassen nicht alle Aspekte eines erwarteten Ergebnisses. Deshalb kann es eine methodische Beschränkung sein, die Entscheidung darüber, inwieweit ein organisationsweit erwartetes Ergebnis erreicht wurde, einzig von den Indikatorwerten abhängig zu machen.
- Bei manchen Indikatoren sind die Ausgangswerte ungenau oder nicht vorhanden.

- Manche Indikatoren waren qualitativ schlecht und für Messungen untauglich.
- Manche erwarteten Ergebnisse und Indikatorzielvorgaben waren zu ehrgeizig.

Tabelle 1 präsentiert einen Überblick über die finanzielle Umsetzung (Teil A) und das Erreichen erwarteter Ergebnisse (Teil B) in der Europäischen Region.

In Teil A werden für jeden Arbeitsbereich der verfügbare Programmhaushalt sowie die Gesamtausgaben, die auf der Länderebene beziehungsweise der regionalen/internationalen Ebene investierten Ausgabenanteile und die Haushaltsverwendungsrate in Prozent ausgewiesen. Die Ausgaben auf der Länderebene beziehungsweise der regionalen/länderübergreifenden Ebene umfassen die Gehälter der Bediensteten in Kopenhagen und in den Außenstellen, die jedoch ebenfalls zum Erreichen erwarteter Ergebnisse in Ländern beitragen. Die Quelle der Zahlen für den Programmhaushalt und die Gesamtausgaben ist der geprüfte Finanzbericht für den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2007.¹ Die Zahlen enthalten keine Einnahmen aus Wechselkursabsicherung oder Rückvergütungen anderer Organisationen und spiegeln eine Nettoverwendung von 180 Millionen US-\$ wider, was einem Anstieg von 16% gegenüber dem vorangegangenen Zweijahreszeitraum entspricht.

Aus Teil B geht hervor, inwieweit die erwarteten Ergebnisse auf der Länderebene, der länderübergreifenden und der regionalen Ebene vollständig erreicht wurden, aufgeschlüsselt nach Arbeitsbereichen. Die restlichen erwarteten Ergebnisse wurden entweder partiell oder nicht erreicht. Es besteht eine 1:n-Beziehung zwischen einem regionalen erwarteten Ergebnis auf der einen und auf der Länderebene sowie der länderübergreifenden Ebene erwarteten Ergebnissen auf der anderen Seite. Ein regionales erwartetes Ergebnis wird demzufolge durch das Erreichen mehrerer zugrunde liegender erwarteter Ergebnisse auf der Länderebene und der länderübergreifenden Ebene realisiert. Die gezeigten Zahlen sind den aggregierten globalen Ergebnissen im Bericht über die Leistungsbewertung des Programmhaushalts für 2006–2007 entnommen.²

Grundlage der Arbeit der WHO im Zweijahreszeitraum 2006–2007 waren 36 Arbeitsbereiche. Demgegenüber basiert das Programm 2008 auf einem mittelfristigen strategischen

¹ *Financial report and audited financial statements for the financial period 1 January 2006 – 31 December 2007*. Geneva, World Health Organization, 2008 (document A61/20; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_20-en.pdf, accessed 19 June 2008). *Financial report and audited financial statements for the financial period 1 January 2006 – 31 December 2007. Annex. Extrabudgetary resources for programme activities*. Geneva, World Health Organization, 2008 (document A61/20 Add. 1; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_20Add1-en.pdf, accessed 19 June 2008).

² *Programme budget 2006–2007: performance assessment report*. Geneva, World Health Organization, 2008.

Plan mit 13 strategischen Zielen. Um die Vergleichbarkeit der Finanzdaten zwischen den Zweijahreszeiträumen und für die Zukunft zu verbessern, wurden die 36 Arbeitsbereiche in 13 strategische Ziele umgewandelt. Tabelle 2 enthält diese umgewandelten Daten für den angenommenen Programmhaushalt und die Ausgaben für die Zweijahreszeiträume 2004–2005 und 2006–2007, aufgeschlüsselt nach strategischen Zielen.

Die Teile A und B zeigen den angenommenen Programmhaushalt, die Gesamtausgaben und die Haushaltsverwendungsraten nach strategischen Zielen und insgesamt für die Zweijahreszeiträume 2004–2005 und 2006–2007. Weil die aufgeführten Gesamtausgaben für den Zeitraum 2006–2007 Bruttoausgaben einschließlich Posten wie Wechselkursabsicherung und Rückvergütungen anderer Organisationen widerspiegeln, weichen die Angaben geringfügig von der Zahl im geprüften Finanzbericht ab. Diese Abweichung resultierte in einem Anstieg der Gesamthaushaltsverwendungsrate von 85% auf 90%.

Aus Teil C kann abgelesen werden, welche Anstrengungen unternommen wurden, um den Programmhaushalt von einem zum nächsten Zweijahreszeitraum bezüglich der meisten strategischen Ziele und insgesamt um 34,6% zu erhöhen. Auf der Ausgabenseite wurde dies jedoch nicht vollständig realisiert, sodass sich ein Ausgabenanstieg um 20,1% mit Abweichungen zwischen den strategischen Zielen ergibt. Diese Diskrepanz zwischen dem Ausgabenmuster und dem Programmhaushalt hängt mit einer Reihe von Faktoren zusammen: 1) der Zweckbindung eines großen Teils der für die Organisation bereitgestellten Mittel und der resultierenden Unterfinanzierung bestimmter strategischer Ziele trotz solider Gesamtfinanzierung; 2) unzureichender Umsetzung; 3) zunehmender Abhängigkeit von freiwilligen Beiträgen, was einen beträchtlichen Übertrag erfordert, um die weitere Umsetzung im nächsten Zweijahreszeitraum ohne Programmunterbrechung zu gewährleisten; 4) gegen Ende des Zweijahreszeitraums eingehenden Beiträgen oder Beiträgen, die sich über zwei Zweijahreszeiträume erstrecken, aber vollständig in einem Zweijahreszeitraum gebucht werden. Nähere Informationen können dem Dokument der Weltgesundheitsversammlung über die Leistungsbewertung des Programmhaushalts 2006–2007 entnommen werden.³ Zusätzlich wirkten sich der sinkende Kurs des US-Dollar und die Inflation der Landeswährung auf alle strategischen Ziele, insbesondere jedoch auf die Ziele 12 und 13 aus, die den beträchtlichen Anstieg der Betriebskosten aller Büros (an 35 Standorten) zwischen den Zweijahreszeiträumen widerspiegeln.

³ *Programme budget 2006–2007: performance assessment. Report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2008 (document A61/19; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_19-en.pdf, accessed 23 June 2008).

Tabelle 1. Umsetzung nach Arbeitsbereich, 2006–2007

Arbeitsbereich	A Finanzielle Umsetzung	
	Überarbeiteter Programmhaushalt (Tsd. US-\$)	Gesamt- ausgaben (Tsd. US-\$)
Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100	138
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten	300	100
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien	16 950	10 174
Malaria	1 800	1 340
Tuberkulose	14 500	11 584
HIV/Aids	12 050	11 301
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten	4 300	2 924
Gesundheitsförderung	5 135	797
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	4 500	3 967
Tabak	3 000	2 098
Ernährung	1 900	3 195
Umwelt und Gesundheit	19 734	15 845
Lebensmittelsicherheit	1 500	629
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen	1 298	1 193
Reproduktive Gesundheit	1 900	910
Die Schwangerschaft risikoärmer machen	4 950	1 694
Gleichstellung, Frauen und Gesundheit	1 256	389
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	5 500	2 940
Immunisierung und Impfstoffentwicklung	14 813	14 843
Unentbehrliche Arzneimittel	3 250	1 975
Unentbehrliche Gesundheitstechnik	1 232	813
Politikgestaltung für Gesundheit in der Entwicklung	3 500	5 191
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung	8 230	11 472
Humanressourcen für die Gesundheit	2 083	1 239
Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz	3 500	2 041
Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik	10 750	10 064
Katastrophenschutz	8 255	9 029
Kernpräsenz der WHO in den Ländern	18 885	10 891
Wissensmanagement und Informationstechnik	13 300	6 833
Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion	1 448	1 043
Management der Humanressourcen in der WHO	3 600	4 148
Haushalt und Finanzmanagement	3 430	2 936
Infrastruktur und Logistik	7 279	13 503
Leitende Organe	4 334	4 090
Externe Beziehungen	1 866	2 142
Ausrichtung	1 967	6 675
Liegenschaftsfonds	700	
Insgesamt	213 095	180 146

^a Für diese Arbeitsbereiche fielen auf der Länderebene keine Ausgaben an.

B Erreichen erwarteter Ergebnisse

Verwendungsrate (Ausgaben als prozentualer Anteil des Programm- haushalts)	Ausgabenanteil		Anteil der erwarteten Ergebnisse, die vollständig erreicht wurden		
	Länderebene	Regionale/ länder- übergreifende Ebene	Länderebene	Länderüber- greifende Ebene	Regionale Ebene
138%	43%	57%	67%	67%	0%
33%	0%	100%	0%	0%	0%
60%	46%	54%	41%	33%	80%
74%	20%	80%	100%	100%	100%
80%	74%	26%	90%	90%	86%
94%	48%	52%	94%	100%	86%
68%	16%	84%	91%	70%	60%
16%	7%	93%	100%	100%	100%
88%	37%	63%	76%	91%	80%
70%	32%	68%	29%	33%	57%
168%	6%	94%	100%	86%	83%
80%	2%	98%	81%	90%	33%
42%	20%	80%	100%	100%	100%
92%	9%	91%	100%	92%	86%
48%	38%	62%	89%	100%	83%
34%	34%	66%	91%	100%	75%
31%	0%	100%	0%	50%	67%
53%	29%	71%	88%	67%	75%
100%	5%	95%	100%	86%	80%
61%	19%	81%	78%	92%	83%
66%	22%	78%	82%	67%	60%
148%	2%	98%	100%	83%	75%
139%	41%	59%	76%	50%	75%
59%	15%	85%	100%	100%	100%
58%	16%	84%	27%	63%	75%
94%	1%	99%	71%	69%	60%
109%	67%	33%	80%	71%	75%
58%	76%	24%	100%	100%	100%
51%	^a	100%	^b	93%	88%
72%	^a	100%	^b	40%	60%
115%	^a	100%	^b	75%	67%
86%	^a	100%	^b	83%	83%
186%	^a	100%	^b	100%	100%
94%	^a	100%	^b	100%	100%
115%	^a	100%	^b	100%	100%
339%	^a	100%	^b	100%	100%
85%	25%	75%	84%	81%	79%

^b Für diese Arbeitsbereiche gab es auf der Länderebene keine erwarteten Ergebnisse.

Tabelle 2. Gegenüberstellung von Programmhaushalt und Ausgaben für 2004–2005 sowie 2006–2007

Strategisches Ziel	A 2004–2005	
	Über- arbeiteter Programm- haushalt (Tsd. US-\$)	Anteil am Gesamt- haushalt
1. Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten	20 402	12,9%
2. Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria	23 632	14,9%
3. Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt und Verletzungen sowie Sehstörungen	7 464	4,7%
4. Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen	9 155	5,8%
5. Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen	7 705	4,9%
6. Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind	6 038	3,8%
7. Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Armutsbekämpfungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten	1 820	1,2%
8. Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen	16 171	10,2%
9. Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung	4 568	2,9%
10. Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse	23 456	14,8%
11. Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung	2 105	1,3%
12. Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden	13 371	8,4%
13. Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann	22 395	14,1%
Insgesamt	158 282	100,0%

B 2006–2007				C Prozentuale Veränderung (2006–2007 gegenüber 2004–2005)			
Ausgaben (Tsd. US-\$)	Verwendungs- rate (Ausgaben als prozentualer Anteil des Programm- haushalts)	Über- arbei- teter Programm- haushalt (Tsd. US-\$)	Anteil am Gesamt- haushalt	Ausgaben (Tsd. US-\$)	Verwen- dungs- rate (Ausgaben als prozentualer Anteil des Programm- haushalts)	Programm- haushalt	Ausgaben
14 020	68,7%	32 163	15,1%	26 190	81,4%	57,6%	86,8%
19 085	80,8%	28 350	13,3%	25 560	90,2%	20,0%	33,9%
8 049	107,8%	9 541	4,5%	5 400	56,6%	27,8%	-32,9%
4 470	48,8%	12 350	5,8%	5 280	42,8%	34,9%	18,1%
8 439	109,5%	10 678	5,0%	11 380	106,6%	38,6%	34,9%
6 568	108,8%	8 243	3,9%	4 270	51,8%	36,5%	-35,0%
1 076	59,1%	3 356	1,6%	3 130	93,3%	84,4%	190,9%
16 377	101,3%	17 761	8,3%	14 780	83,2%	9,8%	-9,8%
1 950	42,7%	3 400	1,6%	3 950	116,2%	-25,6%	102,6%
35 197	150,1%	36 253	17,0%	31 070	85,7%	54,6%	-11,7%
3 222	153,1%	4 482	2,1%	2 540	56,7%	112,9%	-21,2%
16 915	126,5%	25 003	11,7%	25 100	100,4%	87,0%	48,4%
24 631	110,0%	21 515	10,1%	33 440	155,4%	-3,9%	35,8%
160 000	101,1%	213 095	100,0%	192 090	90,1%	34,6%	20,1%



EUROPA

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

Dieser Bericht beschreibt die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa im Zweijahreszeitraum 2006–2007. Sie bestand darin, Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten zu erbringen und Beiträge zur Gesundheit in der Europäischen Region der WHO zu leisten.

In den letzten beiden Jahren konzentrierte sich das Regionalbüro darauf, auf jeden Mitgliedstaat zugeschnittene länderspezifische Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitssystementwicklung anzubieten. Angesichts des kontinuierlichen Übergangs zur Arbeit in und mit Ländern untersuchte das Büro die unterschiedlichen Möglichkeiten, die Bedürfnisse sowohl der östlichen als auch der westlichen Teile der Region zu erfüllen.

Diese Veröffentlichung bietet interessante und anschauliche Beispiele der unmittelbaren Zusammenarbeit mit Ländern zur Verbesserung der Gesundheit und zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Manche Beispiele beziehen sich auf Themen von Gesundheitsprogrammen, andere auf Gesundheitssysteme, wieder andere auf die Kombination von beiden. Sie beschreibt auch die gesundheitsbezogenen Aktivitäten aus einem normativen und technischen Blickwinkel und präsentiert die zwei verflochtenen Ansätze zur Gesundheitsarbeit: Konkrete Gesundheitsprogramme bestimmen den Inhalt, während Gesundheitssysteme das Medium und das Mittel sind, die intendierten Zwecke zu erreichen. Schlussendlich beleuchtet sie die Strukturen, die Ressourcen und die Verwaltungsführung, die dem Büro ermöglichen, seine Aufgaben vor allem in zwei Beziehungen wahrzunehmen: erstens als unmittelbare Dienstleistungen für die Mitgliedstaaten und zweitens in Erfüllung des Mandats der WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Gesundheitsangelegenheiten. Ein Anhang bietet einen Überblick über Programmhaushalt und Programmdurchführung.

Der Bericht geht auch auf übergreifende Themen wie Partnerschaften, die Gewinnung von gesundheitsrelevanten Erkenntnissen, Kommunikation und Publikation ein, die das gesamte Büro betreffen und sich gleichermaßen durch den Bericht ziehen. Darin spiegelt sich die stetig zunehmende Bedeutung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich als wertvollen Partnern für die Erzielung von Synergieeffekten wider.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfsgsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

