



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Neunzehnter Ständiger Ausschuss
des Regionalkomitees für Europa**
Zweite Tagung

EUR/RC61/SC(2)/REP
113304

19. März 2012

Stockholm, 14.–15. November 2011

ORIGINAL: ENGLISCH

Bericht über die zweite Tagung

Inhalt

	Seite
Einführung.....	1
Eröffnungsansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa.....	1
Bericht über die erste Tagung des 19. SCRC.....	2
Nachbereitung der 61. Tagung des Regionalkomitees.....	2
Rückmeldung von der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten.....	2
Vorläufige Tagesordnung der 62. Tagung des Regionalkomitees – Prüfung der wichtigsten Grundsatz- und Fachfragen.....	3
Das neue europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.....	4
Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit.....	4
Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region.....	5
Rahmenkonzept für eine Gesundheitsinformationsstrategie in der Europäischen Region	6
Strategie und Aktionsplan für die Europäische Region im Bereich psychische Gesundheit....	7
Weitere Entwicklung der neuen Kommunikationsstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa.....	7
Wahlämter auf der 65. Weltgesundheitsversammlung.....	8
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO.....	8
Rückmeldung von der Sondertagung des Exekutivrates.....	9
Vorläufige Tagesordnung der 62. Tagung des Regionalkomitees – Prüfung der wichtigsten Grundsatz- und Fachfragen (Fortsetzung).....	11
Weitere Entwicklung der neuen Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa	11
Stärkung der Rolle der Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region.....	11
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO.....	12
Bericht des Sekretariats an den SCRC über Haushalts- und Finanzfragen.....	13
Themen zur Erörterung mit den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region.....	14
Sonstige Angelegenheiten.....	14

Einführung

1. Der Neunzehnte Ständige Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC) hielt am 14. und 15. November 2011 in der Münchenbryggeriet in Stockholm seine zweite Tagung ab. Dabei ließen Prof. Ogtay Shiraliyev (Aserbaidshan), Prof. Veronika Skvortsova (Russische Föderation, durch ihren Stellvertreter Dr. Oleg Chestnov vertreten), Dr. Carmen Amela Heras (Spanien, durch ihre Stellvertreterin Dr. Karoline Fernández de la Hoy vertreten) und Dr. Josep Casals (Vorsitzender des 18. SCRC) ihre Abwesenheit entschuldigen.

Eröffnungsansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa

2. In ihrer Eröffnungsansprache stellte Zsuzsanna Jakab, WHO-Regionaldirektorin für Europa, Frau Noemi Kondorosi, die vor kurzem ernannte Fachreferentin beim Regionalbüro für die Koordination der leitenden Organe in der Europäischen Region, vor und teilte dem SCRC mit, dass der Bericht der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC61) in der englischen Fassung auf der Website des Regionalbüros (www.euro.who.int) eingestellt worden sei und in Kürze in den anderen Arbeitssprachen der Europäischen Region vorliegen werde.

3. Sie fügte hinzu, sie habe am 17. und 18. September 2011 an einer Tagung der Global Policy Group der Organisation in New York teilgenommen, auf der das Thema WHO-Reform im Vorfeld der Sondertagung des Exekutivrates (Genf, 1.–3. November) erörtert worden sei. Als weitere internationale Veranstaltungen, an denen sie und andere Mitarbeiter des Regionalbüros teilgenommen hätten, nannte Frau Jakab die Tagung auf hoher Ebene der Generalversammlung der Vereinten Nationen über nichtübertragbare Krankheiten (New York, 19.–20. September), die Eröffnung eines neuen Zentrums des Regionalbüros für nichtübertragbare Krankheiten in Athen am 23. September, die dritte Tagung der Islamischen Konferenz der Gesundheitsminister vom 29. September bis 1. Oktober in Astana (Kasachstan) und das Europäische Gesundheitsforum Gastein vom 5. bis 8. Oktober in Bad Hofgastein (Österreich). Im Rahmen der polnischen EU-Ratspräsidentschaft am 6. Oktober in Warschau hätten eine Tagung der obersten Gesundheitsbeamten (CMO) und eine Tagung der obersten Beauftragten für das Pflegewesen (CNO) aus den EU-Staaten stattgefunden, gefolgt von einer Tagung der CNO aller Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region am 7. und 8. Oktober. Auf dem Internationalen Forum über das Millenniums-Entwicklungsziel 6 (MZ 6 – Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten) in Osteuropa und Zentralasien (Moskau, 10.–11. Oktober) sei in Anwesenheit von John Dalli, dem EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherpolitik, und Prof. Michel Kazatchkine, dem Exekutivdirektor des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der „Fahrplan“ für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR-/XDR-Tb) in den 53 Ländern der Europäischen Region verkündet worden. Als weitere wichtige Veranstaltungen im Oktober seien das dritte Forum der Gesundheitsminister aus den zehn Ländern des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) (Banja Luka, Bosnien und Herzegowina, 13.–14. Oktober) und der Weltgesundheitsgipfel (Berlin, 23.–26. Oktober) zu nennen. Am 7. und 8. November habe in Posen (Polen) im Rahmen der polnischen EU-Ratspräsidentschaft eine Konferenz mit dem Titel „Solidarität in der Gesundheit – Verringerung der Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Ländern der Europäischen Union“ stattgefunden, und auf der Konferenz des Verbands der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region (ASPHER) am 10. November in Kopenhagen sei der Regionaldirektorin die Andrija-Štampar-Medaille verliehen worden.

4. Einige Mitglieder des SCRC wiesen darauf hin, dass die Konvention des Europarates über die Fälschung von Arzneimittelprodukten und ähnliche Verbrechen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen (die sog. „Medicrime-Konvention“), auf einer hochrangigen

internationalen Konferenz vom 26. bis 28. Oktober in Moskau fertiggestellt worden sei und dass die Sonderarbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit am 27. und 28. Oktober in Bled (Slowenien) zum ersten Mal getagt habe. Vor der Konferenz der EU-Ratspräsidentschaft habe am 5. und 6. November in Posen eine Tagung der Leiter der nationalen Institute für öffentliche Gesundheit stattgefunden. Von der achten Jahreskonferenz der Partnerschaft der Nördlichen Dimension für Gesundheit und Soziales (St. Petersburg, 24.–25. November) werde eine Einigung hinsichtlich der Notwendigkeit einer eigenen Rechtsfähigkeit für das Sekretariat erwartet.

Bericht über die erste Tagung des 19. SCRC

5. Der Bericht über die erste Tagung des 19. SCRC (Baku, 15. September 2011) wurde ohne Änderung angenommen.

Nachbereitung der 61. Tagung des Regionalkomitees

6. Zusätzlich zu dem üblichen Dokument, in dem der Handlungsbedarf in Bezug auf die Resolutionen und Beratungen des RC61 festgestellt werde, habe das Sekretariat ein weiteres Dokument erstellt, in dem die praktischen Lehren aus der Organisation der Tagung gezogen würden, und außerdem ein „gleitendes Programm“ mit Tagesordnungspunkten für künftige Tagungen des Regionalkomitees bis zum Jahr 2020 ausgearbeitet. Der SCRC wurde um Stellungnahme zu folgenden Fragen gebeten: Wie können die Minister am besten in die Arbeit des Regionalkomitees eingebunden werden? Wie kann der SCRC dazu beitragen, die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten über Aktionspläne und andere Grundsatzdokumente zielgenauer zu gestalten? Sollen auch auf künftigen Tagungen des Regionalkomitees parallele Arbeitsgruppen eingesetzt werden? Soll die Prüfung der finanziellen Auswirkungen verabschiedeter Resolutionen auf das Regionalbüro beschränkt oder auf die Mitgliedstaaten ausgeweitet werden?

7. Der SCRC begrüßte das gleitende Programm mit künftigen Tagesordnungspunkten und regte an, die Beteiligung der Minister an den Tagungen durch Zeremonien oder Veranstaltungen zur Veröffentlichung von zentralen Grundsatzdokumenten wie dem neuen europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ zu fördern. Dennoch würden solche Dokumente auch künftig durch Resolutionen des Regionalkomitees formal angenommen oder bestätigt. Die strategische Konsultation durch das Europäische Forum für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter werde gegen Ende 2012, nach Annahme des neuen europäischen Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“, ausgewertet. In den frühen Phasen von Diskussionen zu bestimmten Themen könnten parallele Arbeitsgruppen sinnvoll für ein Brainstorming eingesetzt werden. Bei der Prüfung der finanziellen Auswirkungen von Resolutionen des Regionalkomitees sollten vor allem die erwarteten Kosten (und der erwartete Nutzen) von Maßnahmen des Sekretariats untersucht werden.

Rückmeldung von der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten

8. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung bezeichnete das Jahr 2011 als das „Jahr der nichtübertragbaren Krankheiten“. Nach einer Hochrangigen Konsultation der Europäischen Region im November 2010 in Oslo habe im April 2011 in Moskau die erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten stattgefunden. Die 64. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 habe die Resolution WHA64.11 verabschiedet, in der die Erklärung von Moskau

begrüßt werde, und das Regionalkomitee habe im September 2011 (unmittelbar vor der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen) einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten angenommen. Alle diese Veranstaltungen hätten zu einer Vielzahl von offiziellen Informationsprodukten (Erklärungen, Resolutionen) und Fachdokumenten geführt.

9. Die Politische Erklärung der Tagung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene sei von der Generalversammlung in Resolution A/RES/66/2 angenommen worden. In dem Europäischen Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten seien die wirksamen Elemente der Politischen Erklärung vorweggenommen worden, so dass es eine Übereinstimmung zwischen den beiden Dokumenten in folgenden Bereichen gebe: Bekämpfung von Risikofaktoren und Schaffung gesundheitsförderlicher Umfelder; Stärkung der nationalen Handlungskonzepte und der Gesundheitssysteme; internationale Zusammenarbeit und internationale Partnerschaften; Forschung und Entwicklung, Beobachtung und Evaluation.

10. Die Weiterverfolgung der Politischen Erklärung könne konkret auf drei zentrale Bereiche ausgerichtet werden, und die Umsetzung des Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten könne in ähnlicher Weise angegangen werden. Zunächst solle bis Ende 2012 ein umfassender Kontrollrahmen mit freiwilligen Indikatoren und Zielvorgaben entwickelt werden. Eine Konsultation der Europäischen Region über einen globalen Kontrollrahmen sowie Optionen für Surveillance, Kontrolle und Evaluation des Europäischen Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten sei vorläufig für Februar 2012 in Oslo geplant, und freiwillige globale Zielvorgaben und Indikatoren würden im Mai 2012 der 65. Weltgesundheitsversammlung zur Bestätigung vorgelegt; anschließend würden die Indikatoren und Zielvorgaben in den WHO-Regionen auf die global geltenden abgestimmt und in das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ einbezogen, das dem RC62 im September 2012 in Malta vorgelegt werden solle. Zweitens sollten bis Ende 2012 konkrete Optionen für wirksame Partnerschaften mit sektorübergreifendem Aktionsradius ausgearbeitet werden. Eine Tagung auf Ebene der Europäischen Region der WHO mit fachlichen Ansprechpersonen und sonstigen Sachverständigen aus Mitgliedstaaten sowie staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sei vorläufig für Frühjahr 2012 geplant. Drittens sollten sektorübergreifende nationale Konzepte und Pläne für die Prävention und Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten bis 2013 gestärkt und umgesetzt werden. Die Tagung des SEEHN in Banja Luka habe sich primär mit nichtübertragbaren Krankheiten befasst, und das Regionalbüro bemühe sich zusammen mit den Mitgliedstaaten im Rahmen der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) für den Zeitraum 2012–2013 um Bereitstellung fachlicher Unterstützung für nationale Konzepte und Pläne für die Prävention und Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten.

Vorläufige Tagesordnung der 62. Tagung des Regionalkomitees – Prüfung der wichtigsten Grundsatz- und Fachfragen

11. Der Ständige Ausschuss unterzog die zur Aufnahme in die vorläufige Tagesordnung des RC62 vorgeschlagenen Punkte aus dem „gleitenden Programm“ für künftige Tagungen des Regionalkomitees einer ersten Prüfung. Die vorläufige Tagesordnung wurde allgemein als zu umfangreich angesehen, und der SCRC unterstrich die Notwendigkeit einer angemessenen Prioritätensetzung. Er wies darauf hin, dass der Bericht der Regionaldirektorin über die Tätigkeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011 und das übliche Papier über die Umsetzung des Programmhaushalts nicht jeweils als separate Tagesordnungspunkte aufgeführt werden müssten. Er schlug auch vor, wie im Exekutivrat zwischen Tagesordnungspunkten mit Entscheidungsbedarf und solchen zu Informationszwecken zu unterscheiden. Er empfahl, die Wortmeldungen strikt auf eine Redezeit von drei Minuten zu begrenzen. Schließlich erkannte er an, dass die etwaige Einsetzung paralleler Arbeitsgruppen von der Größe der dafür erforderlichen bzw. verfügbaren Räumlichkeiten abhängig sei.

Das neue europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“

12. Der Leiter der Grundsatz- und Querschnittsprogramme und der Sonderprojekte der Regionaldirektorin nannte die Meilensteine in der zweiten Phase der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“, die von September 2011 bis September 2012 laufe, und erläuterte das „Kernpaket“ an Arbeitspapieren und Informationsdokumenten, das dem RC62 vorgelegt werden solle. Insgesamt sollten mit „Gesundheit 2020“ Strategien und Interventionen gefördert werden, die besonders geeignet seien, die Gesundheit der Bürger spürbar zu verbessern; hierbei sollten gesundheitliche Ungleichheiten, die sozialen Determinanten von Gesundheit und eine systematische Präventionsarbeit im Vordergrund stehen. Ein wesentliches Anliegen in der zweiten Phase sei auch die Erstellung einer begrenzten Anzahl von Zielvorgaben für die Europäische Region, die die zentralen strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ widerspiegele.

13. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation berichtete, dass nach der fachlichen Diskussion über die Festlegung von Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ auf dem RC61 die Programmleiter beim Regionalbüro gebeten worden seien, für ihre jeweiligen Aufgabenbereiche geeignete Zielvorgaben vorzuschlagen. Die Arbeitsgruppe des SCRC habe auf ihrer vierten Telekonferenz am 11. November über die anzuwendenden Kriterien für die Erstellung einer Liste der engeren Wahl gesprochen. Beispiele für solche Zielvorgaben sowie die zu verwendende Methodik und die Modalitäten für die Konsultation mit den Mitgliedstaaten würden auf der bevorstehenden Tagung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik und auf der ersten Konferenz zum Thema „Gesundheit 2020“ (Jerusalem, 27.–29. November) erörtert.

14. Der Ständige Ausschuss wünschte sich eine „Kurzfassung“ des Grundsatzdokuments „Gesundheit 2020“ als separates Dokument, das nicht für ein Fachpublikum, sondern für ein politisches Publikum, etwa Regierungschefs und Minister aus anderen Ressorts als Gesundheit, bestimmt sei. In dieser Kurzfassung sollten durch Fallstudien über innovative Ansätze die Ökonomie der Prävention untersucht, eindeutige Evidenz über den Nutzen von Investitionen in die Gesundheit für die Gesellschaft präsentiert und grundsätzliche Handlungsrichtungen aufgezeigt werden. Dagegen solle sich das stärker fachlich ausgerichtete „Mutterdokument“ an das einschlägige Fachpublikum richten und Möglichkeiten zur konkreten Umsetzung des angestrebten Konzeptes untersuchen.

15. Der SCRC regte auch an, zu den in „Gesundheit 2020“ erwähnten Zielgruppen neben den Roma auch indigene Bevölkerungsgruppen hinzuzunehmen und auch Migration als Determinante von Gesundheit anzuerkennen. Ferner sprach er sich dafür aus, dieses Kapitel in dem Dokument auszubauen und ihm durch Einbeziehung benachteiligter Bevölkerungsgruppen mehr Allgemeingültigkeit zu verleihen.

16. Schließlich wies der Ständige Ausschuss auch darauf hin, dass „Gesundheit 2020“ sich mit „Europa 2020“, der Wachstumsstrategie der EU für das kommende Jahrzehnt, ergänze, auch wenn Letztere nominell kein Kapitel über Gesundheit enthalte. Auch wenn der SCRC keine offizielle Beteiligung der Europäischen Kommission an der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ wünschte, so regte er doch an, das neue europäische Rahmenkonzept auf die Tagesordnung der Hochrangigen Gruppe „Gesundheitswesen“ zu setzen, die im März 2012 im Rahmen der dänischen EU-Ratspräsidentschaft tagen solle.

Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

17. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme berichtete, das Sekretariat arbeite nach Maßgabe der Resolution EUR/RC61/R2 des Regionalkomitees einen Europäischen Aktionsplan auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit aus. In ausgewählten Ländern Westeuropas sei mit

einer Evaluation der Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit begonnen worden; ferner sei eine Studie über Politikinstrumente für die öffentliche Gesundheit angelaufen. Neben der Tagung des Forums des SEEHN und den Konferenzen des ASPHER und der EU-Ratspräsidentschaft habe am 4. und 5. Oktober in Kopenhagen eine erste Konsultation über Personalfragen im Bereich der öffentlichen Gesundheit stattgefunden. Eine Fortsetzung des Meinungsaustauschs werde auf der Tagung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik und auf der Konferenz über „Gesundheit 2020“ erfolgen. Der SCRC wurde gebeten, sich zu dem geplanten Ansatz und Zeitrahmen bis zum RC62, zum Zielpublikum und zur Art der Beteiligung der Mitgliedstaaten zu äußern.

18. Einige Mitglieder des SCRC wiesen darauf hin, dass vor kurzem die vorläufigen Ergebnisse einer Studie über die Kapazitäten der EU-Staaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorgelegt worden seien und dass der vollständige Bericht in Kürze bei der Universität Maastricht (<http://www.inthehealth.eu>) erhältlich sein werde. Sie regten an, diese Ergebnisse bei der Ausarbeitung des Aktionsplans gebührend zu berücksichtigen. Die laufenden Beratungen mit den Mitgliedstaaten (auf weiteren Tagungen und per E-Mail) sowie auf subnationaler Ebene und mit nichtstaatlichen Organisationen wie auch der Europäischen Kommission seien von wesentlicher Bedeutung, um ein möglichst hohes Maß an Identifikation mit dem Aktionsplan zu erreichen. Einige Mitglieder forderten eine klarere Abgrenzung von Begriffen wie „public health capacities“ (dt. etwa: Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit), „public health competencies“ (Kompetenzen im Bereich der öffentlichen Gesundheit) und „health literacy“ (Gesundheitskompetenz).

19. Der Ständige Ausschuss erklärte, der Aktionsplan sei entscheidend für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“, und er sehe einer Überprüfung des Entwurfs auf seiner nächsten Tagung mit Erwartung entgegen.

Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region

20. Der Koordinator mit Zuständigkeit für gesundes Altern, Behinderung und Langzeitpflege stellte einen Grundriss für die Strategie und den dazu gehörigen Aktionsplan sowie einen ersten Vorentwurf des vollständigen Dokuments vor. Letzterer sei noch nicht Gegenstand von Beratungen mit den Mitgliedstaaten gewesen. Die Strategie werde aus vier Komponenten bestehen: gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf; stützende Umfeldler; Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Bevölkerungsalterung; und Beseitigung von Defiziten in Forschung und Evidenzgewinnung. Wie bereits beim Europäischen Aktionsplan zur Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten geschehen, so seien auch hier anhand einer Reihe von Kriterien eine begrenzte Anzahl von vorrangigen Interventionen (z. B. Prävention von Stürzen, Impfung älterer Menschen, verbesserte Ausbildung des Gesundheitspersonals) und unterstützenden Interventionen (z. B. Prävention der Misshandlung und sozialen Isolation von Senioren, Entwicklung von Strategien zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung für ältere Menschen) ausgewählt worden.

21. Es sei geplant, bis Ende Januar 2012 einen vollständigen zweiten Entwurf des Dokuments auszuarbeiten und ihn Ende Februar in einer Konsultation auf Ebene der Europäischen Region mit den zuständigen nationalen Ansprechpersonen zu erörtern. Dieser zweite Entwurf könne ebenfalls vom Ständigen Ausschuss auf seiner nächsten Tagung geprüft werden. Zusätzlich könne zwischen Februar und Mitte April eine webgestützte Konsultation stattfinden, nach der ein dritter, überarbeiteter Entwurf dem SCRC im Mai vorgelegt würde.

22. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, in dem Aktionsplan verdienten vier Bereiche besondere Aufmerksamkeit: der Aufbau dauerhafter Verknüpfungen zwischen dem Gesundheitssystem und der Sozialfürsorge; die Förderung stützender Umfeldler nicht nur auf kommunaler, sondern auch auf landesweiter Ebene; die Prüfung sekundärer Maßnahmen in Bezug auf die

Sturzprävention (z. B. Behandlung von Osteoporose); und die Einbeziehung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Frühdiagnose von Depressionen) in den Aktionsplan. Für die Bekämpfung von Demenzerkrankungen jedoch sei die soziale Dimension (Unterstützung durch die Familie) wesentlich. Weitere Bestandteile des Aktionsplans sollten die Frühdiagnose nichtübertragbarer Krankheiten und die Gesundheitsförderung allgemein sein. Zur Befähigung älterer Menschen zu selbstbestimmtem Handeln müsse es auch gehören, sie in die Planung ihrer verbleibenden Lebensjahre einzubeziehen. Generell könnten Interventionen danach unterteilt werden, ob sie mit Datenerhebung verbunden oder auf Einzelpersonen ausgerichtet seien und ob sie landesweit erfolgten. Ein weiterer bedenkenswerter Aspekt sei die Ausbildung von geeignetem Personal für die Förderung eines gesunden Alterns.

23. Der SCRC sprach sich mit Nachdruck dafür aus, eine Strategie samt Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region auf die Tagesordnung des RC62 zu setzen. Er verwies auf beträchtliche Anknüpfungspunkte zwischen dem Aktionsplan für gesundes Altern und mehreren anderen Dokumenten auf der Tagesordnung des Regionalkomitees, etwa der Kommunikationsstrategie oder dem Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten. Deshalb gelte es nun, ein die gesamte Lebensdauer umspannendes Konzept auszuarbeiten. Letztendlich bildeten die vorrangigen Handlungsfelder einen Teil der Gesamtvision von „Gesundheit 2020“.

Rahmenkonzept für eine Gesundheitsinformationsstrategie in der Europäischen Region

24. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation wies darauf hin, dass eine Gesundheitsinformationsstrategie benötigt werde, um die Barriere zwischen Evidenz und Politik zu überwinden. Diese solle im Sinne der Resolution WHA60.27 der Weltgesundheitsversammlung der WHO beim Abbau von Ungleichheiten zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf Gesundheitsinformationen, bei der Vorbeugung gegen eine Vervielfachung der Anfragen und bei der Verringerung der Berichtslast behilflich sein und möglicherweise in einer gemeinsamen Strategie mit anderen Organisationen münden. Als ein Schritt auf diesem Weg sei mit der Europäischen Kommission ein „Fahrplan“ vereinbart und mit dessen gemeinsamer Umsetzung (Kartierung von Datenbanken, Beschreibung von Systemarchitekturen, Qualitätsbewertung) begonnen worden.

25. Das Rahmenkonzept für die geplante Strategie sei in vier Abschnitte gegliedert:

- Vision, Auftrag, Zielgruppe(n) und Hintergrund
- Einzelziele, strategische Ziele, Resultate und erwartete Ergebnisse
- Erforderliche Elemente für die Umsetzung, Partnerschaften, Kontrolle und Evaluation
- Schlussfolgerungen, Umsetzungsplan und Definitionen/Literaturhinweise.

26. Der SCRC und die Partnerorganisationen wurden um Zustimmung in Bezug auf Struktur, Inhalt und Durchführbarkeit des Rahmenkonzeptes sowie den Umsetzungsplan gebeten.

27. Der Ständige Ausschuss befürwortete die Zielsetzung der Strategie, den Mitgliedstaaten eine effizientere Nutzung vorhandener Informationen für anstehende Entscheidungsprozesse zu ermöglichen, anstatt sie zur Erhebung zusätzlicher Daten aufzufordern. Ebenso begrüßte er die Idee, eine Arbeitsgruppe für die Ausarbeitung der Strategie einzusetzen, und wies darauf hin, ein solches Vorgehen erweise sich gegenwärtig bei der Inangriffnahme der Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ als wirksam. Dennoch werde die Entwicklung eines einheitlichen, die gesamte Europäische Region der WHO umspannenden Gesundheitsinformationssystems ein langwieriger und repetitiver Prozess werden. Um die Unterstützung aller beteiligten Akteure, namentlich der Europäischen Kommission, zu sichern, schlug der Ständige Ausschuss daher vor, die Arbeitsgruppe könne ihm nach ihrer Einsetzung auf seiner Tagung im März oder Mai

2012 Empfehlungen zu der Frage vorlegen, in welcher Form das Thema auf dem RC62 behandelt werden sollte (Vorlage eines Fortschrittsberichts, Brainstorming usw.).

Strategie und Aktionsplan für die Europäische Region im Bereich psychische Gesundheit

28. Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung erklärte, psychische Störungen seien aufgrund ihrer Prävalenz und der durch sie bedingten Krankheiten und Behinderungen eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Es gebe in diesem Bereich erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen, und auch die Leistungsangebote selbst seien sehr uneinheitlich. Auf der Grundlage einer Erklärung und eines Aktionsplans für die Europäische Region, die vom Regionalkomitee im Jahr 2005 gebilligt worden seien, gebe es nun Spielraum für eine neue Strategie, die sich positiv auf das seelische Wohlbefinden der Bevölkerung und die Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Problemen auswirken und zur Bereitstellung gut zugänglicher, sicherer und wirksamer Angebote führen werde. Die Strategie werde vier Kernziele und drei Querschnittsziele umfassen, und es würden ausführliche Konsultationen über einen Zweijahreszeitraum bis zum RC63 im Jahr 2013 vorgeschlagen.

29. Der SCRC äußerte sich positiv darüber, dass er schon frühzeitig in die Ausarbeitung der Strategie einbezogen werde, und erkannte an, dass der vorgelegte Vorentwurf die meisten wichtigen Handlungsbereiche einschließe. Er warnte davor, die Qualität der Versorgung einseitig an der Zahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu messen, und plädierte für verstärkte Anstrengungen in Bezug auf Früherkennung und Behandlung im gemeindenahen Umfeld. Darüber hinaus solle in der Strategie auch die Notwendigkeit berücksichtigt werden, Menschen mit psychischen Problemen vor Zwangsbehandlung, etwa durch Zwangsunterbringung oder Beschlagnahmung von Besitz, zu schützen.

Weitere Entwicklung der neuen Kommunikationsstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

30. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit erinnerte daran, dass der 18. SCRC auf seiner vierten Tagung im Mai 2011 empfohlen habe, die neue Kommunikationsstrategie nicht auf die Tagesordnung des RC61 zu setzen, da diese bereits zu viele Themen umfasse. Seitdem sei weiter an der Strategie gearbeitet worden. Konkret seien ihre Zukunftsvision und ihre Zielsetzung in einem Konzeptpapier verfeinert worden, in dem auch Abschnitte zu folgenden Bereichen vorgeschlagen würden: Selbstdarstellung der Organisation und Botschaften; Risiko- und Krisenkommunikation; strukturelle und funktionelle Aspekte; Kanäle und Instrumente; Zielgruppen; Partnerschaften; Aufbau von Kapazitäten und Einrichtung eines Kommunikationsnetzes; Verknüpfungen; und Evaluation der Wirkung von Kommunikationsmaßnahmen. Ein vollständiger Entwurf der neuen Strategie werde der Gegenstand dreier subregionaler Konsultationen mit den Mitgliedstaaten im Januar und Februar 2012 sein, und eine überarbeitete Fassung werde dem SCRC auf seiner nächsten Tagung vorgelegt.

31. Der SCRC forderte, in der neuen Strategie müsse deutlich zwischen allgemeiner oder „normaler“ Kommunikation einerseits und Risiko- und Krisenkommunikation andererseits unterschieden werden. Sie seien an jeweils unterschiedliche Zielgruppen gerichtet und bedienten sich daher unterschiedlicher Instrumente. Eine besondere Rolle spiele bereits jetzt das von der Europäischen Kommission im Rahmen des Gesundheitssicherheitsausschusses der EU ins Leben gerufene Netzwerk von Risikokommunikatoren. Der Ständige Ausschuss räumte ein, das Regionalbüro müsse u. U. einen Dialog mit Politik und Fachwelt einerseits und mit der Allgemeinheit andererseits führen. Dabei müssten jedoch stets die Zielgruppen klar definiert und die

Mitgliedstaaten über die Botschaften der WHO an die Öffentlichkeit auf dem Laufenden gehalten werden. Sowohl innerhalb der WHO als auch in den Mitgliedstaaten müssten die jeweiligen Kapazitäten für die Kommunikationsarbeit gemessen werden. Ferner gelte es auch eine Überschneidung mit der Arbeit des Europäischen Zentrums für die Kontrolle und die Prävention von Krankheiten (ECDC) zu vermeiden und die Informationen aus den fachlichen und umfeldbasierten Netzwerken der WHO zusammenzuführen. Schließlich solle aus der Strategie auch deutlicher hervorgehen, wie das Regionalbüro konkret die Kapazitäten für die Kommunikationsarbeit in der Europäischen Region fördern wolle und welche Mittel es dazu benötigen werde.

Wahlämter auf der 65. Weltgesundheitsversammlung

32. Die Regionaldirektorin erklärte, die Europäische Region sei aufgerufen, jeweils eine Nominierung für die Ämter des Vizepräsidenten der 65. Weltgesundheitsversammlung und des Stellvertretenden Vorsitzenden von Ausschuss A einzureichen. Sie bat die Mitglieder des Ständigen Ausschusses, ihr mögliche Kandidat/inn/en vorzuschlagen, und regte an, im Januar 2012 eine elektronische Konsultation des Ausschusses zu dieser Frage durchzuführen.

33. Weiterhin werde die Europäische Region wie üblich fünf Mitglieder des Allgemeinen Ausschusses (d. h. drei aus den Ländern mit ständigem Sitz im Sicherheitsrat der Vereinten Nationen und zwei weitere Personen) sowie drei Mitglieder des Beglaubigungsausschusses benennen. Sie fügte hinzu, sie werde den Mitgliedern des SCRC noch vor Weihnachten eine Liste mit den Namen der bisherigen Mitglieder dieser Ausschüsse zusammen mit ihren Vorschlägen für 2012 zukommen lassen.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

34. Die Regionaldirektorin teilte dem SCRC mit, dass auf der 62. Tagung des Regionalkomitees routinemäßig die Nominierung für bzw. Wahl in die folgenden Organe und Ausschüsse der WHO anstehe:

- Exekutivrat 2 Sitze
- Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees 4 Sitze
- Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit 4 Sitze

35. Sie schlug vor, die Amtszeiten der Mitglieder des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit so zu staffeln, dass eine sinnvollere Rotation der Mitglieder gegeben sei. Die Schreiben mit der Aufforderung zur Nominierung von Kandidat/inn/en für die besagten Organe und Ausschüsse würden Anfang 2012 an die Mitgliedstaaten versandt.

36. Die Exekutivbeauftragte der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt informierte den SCRC darüber, dass die 64. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 (durch Resolution WHA64.5) den Planungsrahmen für die pandemische Influenza (PIP) (Dokument A64/8) angenommen habe. Der innerhalb dieses Rahmens geschaffene Aufsichtsmechanismus bestehe aus der Weltgesundheitsversammlung, der Generaldirektorin der WHO und einem 18-köpfigen unabhängigen Beratungsgremium (drei Experten aus jeder WHO-Region). Jedes Mitglied werde in seiner Eigenschaft als Sachverständiger eine dreijährige Amtszeit absolvieren, die einmal verlängert werden könne. Jedes Jahr werde ein Drittel der Mitglieder ausgetauscht.

37. In Ermangelung einer offiziellen Anleitung für die Konsultation mit den Mitgliedstaaten und einer Liste einschlägiger Experten habe das Sekretariat beim Regionalbüro dem WHO-Hauptbüro fristgerecht zum 2. September 2011 drei Nominierungen vorgelegt, mit denen eine

ausgewogene geografische Repräsentation, eine große Bandbreite an Fachkompetenz und ein reicher Erfahrungsschatz mit dem PIP-Prozess sichergestellt werden sollten. Nominiert seien Prof. Didier Houssin (Frankreich), Dr. Silvi Bini (Albanien) und Prof. Oleg Kiselev (Russische Föderation). Von der Generaldirektorin werde im Laufe der Woche die Ernennung der Mitglieder erwartet, und die erste Tagung des Beratungsgremiums solle vom 21. bis 23. November 2011 stattfinden.

38. Der Ständige Ausschuss befürwortete die Nominierungen, äußerte aber Bedenken über den vorangegangenen Prozess. Denn weder er noch das Regionalkomitee hätten die Gelegenheit erhalten, die Nominierungen zu prüfen, und es sei unwahrscheinlich, dass die ausgewählten Mitglieder so kurzfristig an einer Tagung teilnehmen könnten. Der Ausschuss empfahl, eine derartige Liste mit Experten künftig in einem offenen und transparenten Verfahren zu erstellen, in das auch das Regionalkomitee einbezogen werde.

Rückmeldung von der Sondertagung des Exekutivrates

39. Die Regionaldirektorin berichtete, vom 1. bis 3. November 2011 habe eine einmalige Sondertagung des Exekutivrates stattgefunden, an der nicht nur die 34 Mitglieder des Exekutivrates, sondern auch Delegationen aus insgesamt 82 Mitgliedstaaten teilgenommen hätten. Dabei seien drei formale Beschlüsse gefasst worden: über Programme und Prioritätensetzung, Politikgestaltung und Steuerung sowie organisatorische Reformen.¹

40. Zu ersterem Thema habe der Exekutivrat beschlossen, im Anschluss an seine 130. Tagung im Januar 2012 (EB130) einen von den Mitgliedstaaten bestimmten Prozess in Gang zu setzen, um Empfehlungen zu Verfahren für Entscheidungen über Programme und die Festlegung von Prioritäten auszuarbeiten, die der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 vorgelegt werden sollten. Deshalb habe er das Sekretariat gebeten, ein umfassendes Hintergrunddokument für den EB130 auszuarbeiten.

41. Zur Frage der Politikgestaltung und Steuerung habe sich der Exekutivrat u. a. auf folgende Grundsätze geeinigt:

- Den leitenden Organen der WHO kommt eine Schlüsselrolle bei der Festlegung von Prioritäten zu, wobei die Weltgesundheitsversammlung eine konzeptionelle und strategische Rolle wahrnimmt und der Exekutivrat eine verstärkte Beratungs-, Ausführungs- und Aufsichtsfunktion erfüllt.
- Der Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss des Exekutivrates (PBAC) soll dadurch gestärkt werden, dass ihm die Aufsicht über die Kontrolle und Evaluation der inhaltlichen und finanziellen Umsetzung auf den drei Ebenen der Organisation übertragen wird.
- Dauer, Zeitpunkt und Abfolge der Tagungen des Exekutivrates und der Sitzungen des PBAC sollen optimiert werden.
- Die Verknüpfungen zwischen der Arbeit der Regionalkomitees und der des Exekutivrates und der Weltgesundheitsversammlung sollen ausgebaut und verstärkt werden.
- Der Exekutivrat soll dazu beitragen, die Zahl der Resolutionsentwürfe dadurch zu begrenzen, dass er deren strategischen Wert und ihre Konsequenzen in finanzieller und administrativer Hinsicht bewertet.

¹ Siehe *Decisions of the Executive Board Special Session on WHO Reform*. Geneva, World Health Organization, 2011 (document EBSS/2/DIV/2, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_DIV2-en.pdf).

- Die Debatten sollen disziplinierter ablaufen; dies kann etwa durch ein „Ampel-System“ erreicht werden.

42. Die Generaldirektorin wurde gebeten, dem EB130 mögliche Wege zur Verbesserung der Beteiligung der Mitgliedstaaten an Partnerschaften und der Aufsicht über diese vorzuschlagen.

43. Zu dem dritten Thema habe der Exekutivrat anerkannt, dass mehrere Bereiche der organisatorischen Reformen unter die Exekutivfunktion der Generaldirektorin fielen und dass konkrete Maßnahmen zu diesen Themen in die Wege geleitet werden könnten. Dennoch habe er um die folgenden Rückmeldungen und Berichte gebeten:

- an den Exekutivrat (Januar 2012):
 - einen detaillierten Vorschlag für einen Finanzierungsmechanismus, der für mehr Vorhersehbarkeit und Flexibilität bei den Einnahmen sorgen soll;
 - einen detaillierten Vorschlag für einen Notfallfonds für gesundheitliche Notlagen;
 - einen Entwurf eines formellen Evaluationskonzeptes mit einem Mechanismus, der eine Beaufsichtigung durch die leitenden Organe ermöglicht;
 - entschiedene Vorschläge für Phase I einer zweistufigen unabhängigen Evaluation der WHO, die in Absprache mit der Gemeinsamen Inspektionsgruppe, dem externen Prüfer und dem unabhängigen fachlichen Aufsichts- und Beratungsausschuss durchgeführt werden soll;
- an die Weltgesundheitsversammlung (Mai 2012):
 - einen Bericht über Phase I der unabhängigen externen Evaluation, mit einem Fahrplan für Phase II, der sich namentlich mit dem Zusammenwirken der drei Ebenen der Organisation befasst;
 - Vorschläge in Bezug auf einen Zeitrahmen für die Ausarbeitung von Programmhaushalten und allgemeinen Arbeitsprogrammen und Erläuterung des Für und Wider einer Umstellung auf dreijährliche Programmhaushalte;
 - Vorschläge für einen neuen Mechanismus zur Ressourcenzuweisung (auszuarbeiten auf der Sitzung des PBAC im Mai 2012).

44. Auf seiner dritten Tagung im März 2012 könne der 19. SCRC noch vor der 65. Weltgesundheitsversammlung wichtige Impulse zu mehreren zentralen Reformfragen geben. In der Zwischenzeit könnten die Mitglieder dem Ordner des Ständigen Ausschusses auf der Sharefile-Site des Regionalbüros (<https://euro.sharefile.com>) die maßgeblichen Dokumente entnehmen und diese erörtern. Das Mitglied des Exekutivrates aus der Europäischen Region, das an der Tagung des SCRC als Beobachter teilnahm, bot an, die Sichtweise des Ständigen Ausschusses auf dem EB130 zu erläutern. Der Vorsitzende erinnerte daran, dass die Vertreter der Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region am Tag vor Eröffnung des EB130 zu einer Unterrichtung in Genf eingeladen seien und dass in der Woche vom 9. bis 13. Januar eine Telekonferenz mit den Mitgliedern des Exekutivrates aus der Europäischen Region stattfinden werde. Außerdem könnten während der gesamten Tagung des Exekutivrates täglich um die Mittagszeit Informationssitzungen mit den Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region stattfinden.

45. Mehrere Mitglieder des SCRC wiesen auf die Problematik des Ungleichgewichts zwischen freiwilligen Spenden und ordentlichen Beiträgen hin und forderten, Erstere sollten künftig verstärkt ohne Zweckbindung erfolgen, damit sie im Sinne der von der Organisation festgelegten Prioritäten eingesetzt werden könnten. Wenn auch künftig ein Großteil der Spenden zweckgebunden sei, werde die WHO damit quasi zu einem reinen Auftragnehmer degradiert, was zwangsläufig Auswirkungen auf die Prioritätensetzung haben werde. Sie fügten hinzu, aufgrund der dezentralisierten Organisationsstruktur der WHO sei ein höheres Maß an Abstimmung erforderlich. Auch wenn es nicht realistisch sei, in sämtlichen 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen

Region Länderbüros zu betreiben, so könne es doch von Vorteil sein, in ausgewählten Länderbüros zu diesem Zweck subregionale „Anlaufstellen“ zu errichten.

Vorläufige Tagesordnung der 62. Tagung des Regionalkomitees – Prüfung der wichtigsten Grundsatz- und Fachfragen (Fortsetzung)

Weitere Entwicklung der neuen Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

46. Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit erinnerte daran, dass für das RC61 eine neue Länderstrategie ausgearbeitet worden sei. Doch die Vertreter der Mitgliedstaaten hätten darum gebeten, die Prüfung dieser Strategie auf das RC62 zu verschieben, da die Debatte über den gesamten Themenkomplex der WHO-Reform (einschließlich der Führung und Struktur der Organisation) sich noch in einem frühen Stadium befinde und wohl auf der Sondertagung des Exekutivrates fortgesetzt werde.

47. Die neue Länderstrategie werde inzwischen im Lichte der auf dem RC61 vorgebrachten Bedenken sowie der beim Sekretariat eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen überarbeitet und werde sich an den Ergebnissen der Diskussion über die WHO-Reform orientieren. Ein Aktionsplan und ein Fahrplan zur Umsetzung der Strategie seien bereits in Vorbereitung. Ebenso würden Vorbereitungen für drei geplante subregionale Konsultationen getroffen (die bisher noch nicht Bestandteil des Prozesses seien), auf denen die Länderstrategie wie auch die Informationsstrategie geprüft würden (s. Nr. 30).

48. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, die Mitgliedstaaten würden die vorgesehene Unterteilung der Präsenz der WHO in den Ländern in drei Kategorien begrüßen: Länderbüros unter der Leitung eines Vertreters der WHO, Länderbüros unter der Leitung eines nationalen Fachreferenten bzw. entsprechende Modalitäten in Ländern ohne WHO-Länderbüro. Doch die Kriterien für diese Kategorisierung müssten – nach vorheriger Absprache – im Voraus bestimmt und klar dargestellt werden. Für diese drei Kategorien sowie für jeden Wechsel in eine andere Kategorie solle eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt werden. Der Mehrwert der drei subregionalen Konsultationen (im Vergleich zu einer einzigen für die gesamte Region) wurde in Frage gestellt, zumal es sich als schwierig erweisen könne, Meinungsunterschiede zwischen jeweils homogenen subregionalen Gruppen auszuräumen. Das Mitglied aus der Ukraine erklärte, das Büro in ihrem Land sei bereit, als subregionales Zentrum zum Thema Gesundheitspersonal zu fungieren.

49. Der SCRC sah der Prüfung der überarbeiteten Strategie auf seiner nächsten Tagung mit Erwartung entgegen.

Stärkung der Rolle der Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region

50. Der Strategische Berater der Regionaldirektorin erinnerte daran, dass die erneuerte Strategie für die Außenstellen des Regionalbüros dem RC61 vorgelegt worden sei, dass aber aufgrund der unerwartet langen Debatte über den Tagesordnungspunkt WHO-Reform sowie informeller Bitten an die Regionaldirektorin mit dem Hinweis auf weiteren Diskussionsbedarf schließlich entschieden worden sei, das Dokument auf dem RC62 erneut vorzulegen. Die bisher von den Mitgliedstaaten erhaltenen Rückmeldungen deuteten überwiegend darauf hin, dass die Strategie in die richtige Richtung weise. Allerdings seien Fragen zu konkreten Einzelheiten

aufgeworfen worden, etwa in Bezug auf die Staatsangehörigkeit des Leiters bzw. der Leiterin einer solchen Außenstelle, die finanziellen Anforderungen bei der Einrichtung einer neuen Außenstelle oder die ausdrückliche Feststellung, dass die konzeptionelle und strategische Entwicklung ausschließlich am Hauptsitz des Regionalbüros in Kopenhagen erfolgen dürfe.

51. Um eine möglichst breit angelegte Beratung über die erneuerte Strategie zu ermöglichen, werde folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- Durchführung einer speziellen schriftlichen Konsultation mit allen Mitgliedstaaten Anfang 2012;
- Neufassung der geplanten Strategie und Vorlage auf der dritten Tagung des 19. SCRC im März 2012;
- Vorstellung einer „vorläufig endgültigen“ Fassung der Strategie auf der für alle Mitgliedstaaten offenen Tagung des SCRC im Mai 2012;
- Vorlage einer endgültigen Fassung an den SCRC im Juni 2012 (auf einer Tagung, andernfalls in Form einer Telekonferenz), vor der Vorlage an das RC62 zur Prüfung.

52. Wie von dem externen Überprüfungsteam im vergangenen Jahr empfohlen, könne in der Zeit bis zum RC62 eine vollständige Analyse der Notwendigkeit neuer Außenstellen durchgeführt werden. Grundsätzlich sei denkbar, eine Außenstelle für jeden strategischen Bereich (Gesundheitsfinanzierung; Stärkung der Gesundheitssysteme; nichtübertragbare Krankheiten; Umwelt und Gesundheit; Gesundheitspolitik und Gesundheitsdeterminanten; Gesundheitsinformationen) einzurichten, wobei stets eine Obergrenze von maximal sechs gelten solle.

53. Der Ständige Ausschuss war sich darüber einig, dass die erneuerte Strategie das richtige Maß an Detail aufweise und dass Außenstellen einen wesentlichen Bestandteil des Netzwerks des Regionalbüros in den Ländern darstellten. Ein Mitglied äußerte jedoch Bedenken, ob die Eröffnung neuer Außenstellen zu Zeiten einer Wirtschaftskrise realistisch sei und ob solche Entscheidungen dem Regionalbüro nicht wichtige Ressourcen entzögen. Darauf erwiderte der Strategische Berater, die Vereinbarung über die Eröffnung einer Außenstelle für den Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten in Athen sei zwar vom griechischen Parlament ratifiziert worden, und es sei ein entsprechender Zahlungsplan vereinbart worden; er könne dem Ständigen Ausschuss jedoch versichern, das Büro werde nicht eröffnet, solange die erforderlichen Mittel nicht tatsächlich eingegangen seien. Was den zweiten Einwand betreffe, so sei als Anforderung hinzugefügt worden, dass ein Land, das eine Außenstelle einrichten wolle, sich zur Abordnung eines Mitarbeiters zum Hauptsitz des Regionalbüros in Kopenhagen bereit erklären müsse.

54. Der Ständige Ausschuss war sich darüber einig, dass eine Analyse der Notwendigkeit neuer Außenstellen machbar sei, und sah der Prüfung der Ergebnisse der schriftlichen Konsultation auf seiner nächsten Tagung mit Erwartung entgegen.

Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

55. Die Exekutivbeauftragte für Strategische Partnerschaften stellte ein Papier vor, in dem die Arbeit zur Verbesserung der Beziehungen und zur Förderung der Zusammenarbeit mit einer großen Bandbreite von Partnern geschildert wurde, die auf der Resolution EUR/RC60/R4 des Regionalkomitees basiere. Zu diesen Partnern gehörten die EU und ihre Institutionen, das System der Vereinten Nationen, subregionale Netzwerke, globale Gesundheitspartnerschaften, Privatunternehmen und gemeinnützige Organisationen sowie Organisationen der Zivilgesellschaft. Da viele der in einer neuen Strategie für Partnerschaften zu behandelnden Themen von den Ergebnissen der Reform der WHO abhängig seien, werde vorgeschlagen, dem RC62 ein Informationsdokument vorzulegen, in dem eine strategische Sicht von Partnerschaften erläutert und Beispiele für Wege zur Umsetzung einer solchen Vision gegeben würden.

56. Der Ständige Ausschuss appellierte an das Regionalbüro, seine Beziehungen mit der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher bei der Europäischen Kommission weiter auszubauen, die er als die wichtigste Partnerschaft für die WHO in der Europäischen Region betrachte. Generell schlug der SCRC vor, Partnerschaften in Gruppen zu unterteilen: in solche, die sich aus der Führungsrolle der WHO ergäben, solche, die mit Aufgaben zur gemeinsamen Umsetzung verbunden seien, und solche, in die die WHO konkret investieren müsse, um das Überleben der Partnerschaft zu gewährleisten, etwa durch Stellen eines Sekretariats. Der SCRC war sich darüber einig, dass nach Abschluss des Reformprozesses innerhalb der WHO eine offizielle Partnerschaftsstrategie ausgearbeitet werden müsse.

Bericht des Sekretariats an den SCRC über Haushalts- und Finanzfragen

57. Um dem SCRC die Ausübung seiner Aufsichtsfunktion zu ermöglichen, erstattete der Direktor für Programm-Management Bericht über die Verwendung der Mittel im Rahmen des Programmhaushalts 2010–2011. Insgesamt stünden der Europäischen Region gegenwärtig Mittel in Höhe von 85% des genehmigten Haushalts zur Verfügung. Bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verwirklichung der „fachbezogenen“ Strategischen Ziele (SO1 – SO11) liege der Anteil bei 71%, wobei er sehr ungleichmäßig über die verschiedenen SO verteilt sei. Er fügte hinzu, ein Großteil der freiwilligen Beiträge sei in hohem Maße zweckgebunden. Angesichts der finanziellen Lage sei es keine Überraschung, dass zwischen 10% und 20% der Indikatoren für Fortschritte bei der Verwirklichung der bürospezifisch erwarteten Ergebnisse (OSER) als „gefährdet“ oder „ernsthaft gefährdet“ angezeigt würden. Bisher sei es jedoch noch nicht gelungen, eine vollständige Berichterstattung einzurichten. Deshalb würden nun gezielte Maßnahmen zur Stärkung der Systeme zur Routineüberwachung ergriffen, die im Laufe des Zweijahreszeitraums 2012–2013 voll einsatzfähig sein sollten. Dennoch habe die Leitungsebene trotz einer Reihe von Herausforderungen (personelle Engpässe, zweckgebundene Haushaltsmittel, externe Hindernisse, politische Rahmenbedingungen) schon frühzeitig Maßnahmen ergriffen, um eine möglichst vollständige Umsetzung des Programmhaushalts zu gewährleisten.

58. Mit Blick auf den Zweijahreszeitraum 2012–2013 habe der Exekutivrat eine Reduzierung des ursprünglich vorgelegten Programmhaushaltsentwurfs auf ein „realistisches Niveau“ gefordert. Für die Europäische Region werde dies wohl einen Etat bedeuten, der nicht nur unter dem erforderlichen Niveau liege, sondern sogar unterhalb dessen, was voraussichtlich an Mitteln eingeworben werden könne. Das Regionalbüro habe die Zusicherung erhalten, dass bei Feststellung einer Notwendigkeit und bei Verfügbarkeit der entsprechenden Mittel eine Anhebung der Haushaltsobergrenzen im Laufe des Zweijahreszeitraums möglich sei. EU-Mittel (z. B. große Zuschüsse für bestimmte Länder) seien zunehmend schwierig in die Sektion „WHO-Programme“ beim Regionalbüro zu integrieren; deshalb werde vorgeschlagen, solche Gelder ebenso wie Mittel von der GAVI-Allianz oder dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Programmhaushalt künftig verstärkt in der Sektion „Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen“ einzusetzen. Insgesamt belaufe sich der Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 (alle drei Sektionen zusammen) für die Europäische Region auf 213 Mio. US-\$. Zur konkreten Weiterverfolgung im Rahmen der Nutzung des Programmhaushalts als strategisches Instrument für die Rechenschaftslegung seien insgesamt 27 zentrale vorrangige Resultate (key priority outcomes – KPO) festgelegt worden.

59. Der SCRC begrüßte die regelmäßige Vorlage finanzieller Informationen, da sie für mehr Transparenz Sorge, zeigte sich aber besorgt über den geringen Anteil an OSER, für die eine Erfolgskontrolle stattfindet, aber auch über die Tatsache, dass die Hindernisse für die Umsetzung seit dem vorigen Übersichtsbericht vom Mai 2011 unverändert geblieben seien. Daher sehe er seiner nächsten Tagung mit Erwartung entgegen, auf der er einen Aktionsplan zum Abbau oder

zur Beseitigung dieser Hindernisse nach Abschluss der Evaluation am Ende des Zweijahreszeitraums prüfen werde.

60. Die Regionaldirektorin erinnerte daran, dass die Mitgliedstaaten auf dem RC61 ihren Wunsch zum Ausdruck gebracht hätten, die Organisation als Ganzes solle sich auf Kriterien für die Verteilung freiwilliger Mittel zwischen der globalen und der regionalen bzw. nationalen Ebene verständigen, und schlug vor, zur Überwindung des Problems der Fragmentierung den Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss des Exekutivrates (PBAC) mit der Prüfung der Möglichkeit einer ungeteilten Zuweisung für die Ziele SO1 bis SO11 und einer weiteren Zuweisung für den Rest des Programms zu beauftragen.

Themen zur Erörterung mit den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region

61. Die Regionaldirektorin teilte dem SCRC mit, das Sekretariat werde zu den Tagesordnungspunkten auf der vorläufigen Tagesordnung des EB130, die für die Europäische Region von besonderem Interesse seien, ein Informationspapier mit Hintergrundinformationen vorbereiten und es auf der Sharefile-Site des Regionalbüros einstellen.

Sonstige Angelegenheiten

62. Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit wies darauf hin, beim Regionalbüro sei eine zusätzliche Stelle im Höheren Dienst (professional) mit Zuständigkeit für Humanressourcen für Gesundheit geschaffen worden; ferner stehe die Ernennung eines Leitenden Beraters für das Pflege- und Hebammenwesen bevor, und es sei ein Fahrplan für die Umsetzung des Globalen Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften erstellt worden. Ein Fortschrittsbericht könne auf dem RC62 im Rahmen eines Mittagessens der Minister oder in einer Fachinformationssitzung präsentiert werden.