



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

64. Tagung

Kopenhagen, 15.–18. September 2014

Punkt 5 g) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC64/17

1. September 2014

140511

ORIGINAL: ENGLISCH

Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 – Die Perspektive der Europäischen Region

Das vorliegende Dokument enthält Einzelheiten über die Perspektive der Europäischen Region zum globalen Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 (PB 2016–2017) der WHO und sollte in Verbindung mit Dokument EUR/RC64/23 gelesen werden.

Das Regionalkomitee wird um Stellungnahme zu der strategischen Ausrichtung des vorgeschlagenen Haushalts und zu den darin vorgesehenen Zahlen gebeten.

Nach der Genehmigung der endgültigen Fassung des PB 2016–2017 durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 und auf der Grundlage dieser Perspektive der Europäischen Region wird ein Plan für die Umsetzung des PB 2016–2017 in der Europäischen Region im September 2015 der 65. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt. Der Plan wird detaillierte Resultate und Outputs enthalten und weitere Möglichkeiten der Rechenschaftslegung auf der Ebene der Europäischen Region schaffen und kann daher als eine Neuauflage des „Kontraktes“ zwischen den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro angesehen werden.

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung.....	1
Ausarbeitung des Programmhaushalts der WHO für 2016–2017: Bottom-up-Planung im Kontext der WHO-Reform.....	2
Prioritäten der Länder.....	4
Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren.....	6
Gesundheit 2020.....	7
Entwicklungen auf der globalen Ebene	7
Das Geschäftsmodell des Regionalbüros für Europa	8
Überblick über den Haushalt der Europäischen Region	9
Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen	13
Zielrichtung für die Europäische Region im Zeitraum 2016–2017.....	14
Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten.....	15
1.1 HIV/Aids	15
1.2 Tuberkulose.....	15
1.3 Malaria	16
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten (einschließlich wieder auftretender Vektorkrankheiten)	16
1.5 Impfpräventable Krankheiten.....	17
Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten.....	18
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten und Risikofaktoren	18
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	20
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention.....	20
2.4 Behinderung und Rehabilitation.....	20
2.5 Ernährung	21
Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	22
3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	23
3.2 Altern und Gesundheit	24
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	24
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	25
3.5 Gesundheit und Umwelt.....	26
Kategorie 4: Gesundheitssysteme	27
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte und -pläne	28
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsversorgung.....	29
4.3 Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten.....	30
4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	30
Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen	31
5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten.....	32

5.2	Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial.....	33
5.3	Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	34
5.4	Lebensmittelsicherheit	34
5.5	Polioeradikation	35
5.6	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen.....	35
Kategorie 6: Organisatorische und befähigende Funktionen		36
6.1	Führungskompetenz und Organisationsführung.....	37
6.2	Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	37
6.3	Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	38
6.4	Leitung und Verwaltung.....	38
6.5	Strategische Kommunikation	39

Anhang: Gegenüberstellung des Programmhaushaltsentwurfs 2016–2017 für die Europäische Region der WHO und des Programmhaushalts 2014–2015 nach Programmbereich.....		41
--	--	----

Zusammenfassung

1. Der in Dokument EUR/RC64/23 enthaltene Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 (PB 2016–2017) wird 2014 allen Regionalkomitees zur Prüfung vorgelegt, um sämtlichen Regionen eine Stellungnahme zu den für die Arbeit der Organisation geplanten programmbezogenen Prioritäten, Ergebnissen und zu erbringenden Leistungen (deliverables) sowie zu den Haushaltszuweisungen an die größeren Büros (major offices) sowie die einzelnen Kategorien und Programmbereiche zu ermöglichen.
2. Die Perspektive der Europäischen Region zum globalen PB 2016–2017 wird in ihrer Gesamtheit in das Dokument mit dem globalen Programmhaushalt einfließen. Sie enthält eine detailliertere Erläuterung und Analyse, wie das WHO-Regionalbüro für Europa den PB 2016–2017 ausgeben will, der im Mai 2015 von der Weltgesundheitsversammlung genehmigt werden soll. Die Prüfung des vorliegenden Dokuments bietet den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region die Gelegenheit, sich näher zu der geplanten Arbeit des Regionalbüros im kommenden Zweijahreszeitraum zu äußern.
3. In dem Dokument werden das grundlegende Verfahren und das Ergebnis der Bottom-up-Planung erläutert, die ursprünglich zu einem Haushalt führten, der den des Zweijahreszeitraums 2014–2015 überstieg. Er wurde später wieder auf das Niveau des Haushalts 2014–2015 abgesenkt, das bei 218 Mio. US-\$ für die Basisprogramme lag. Doch auch wenn der Gesamthaushalt gegenüber dem für den Zeitraum 2014–2015 unverändert bleibt, so unterscheiden sich seine Komponenten und die Art seiner Ausarbeitung doch grundsätzlich von der Praxis der vorausgegangenen Jahre. Dies ist u. a. auf die wesentlichen Verschiebungen zwischen Kategorien und Programmbereichen zurückzuführen, die in diesem Dokument erläutert werden. Angesichts der Vorgabe eines Haushalts mit Null-Wachstum konnten nicht alle der aus der Bottom-up-Planung hervorgegangenen Aktivitäten und Programme untergebracht werden, sodass einige entweder gestrichen oder verschoben werden mussten.
4. In dem Dokument wird der fachliche Inhalt der geplanten Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2016–2017 präsentiert, der die während der Bottom-up-Planung ermittelten Prioritäten der Länder, die konkrete Ausrichtung in jeder der globalen Kategorien 1 bis 6 und Überlegungen über die Mittelzuweisung für die geplanten Arbeiten innerhalb der Europäischen Region umfasst.
5. Nach der Genehmigung der endgültigen Fassung des PB 2016–2017 durch die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 wird ein Plan für seine Umsetzung in der Europäischen Region im September 2015 der 65. Tagung des Regionalkomitees (RC65) vorgelegt. Der Plan wird detaillierte Resultate und Outputs enthalten und weitere Möglichkeiten der Rechenschaftslegung auf der Ebene der Europäischen Region schaffen und kann daher als eine Neuauflage des „Kontraktes“ zwischen den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro angesehen werden. Der erste „Kontrakt“ wurde mit dem Dokument EUR/RC61/Inf.Doc/10 („Der Programmhaushalt als strategisches Instrument für die Rechenschaftsablage: Vorschlag für einen Modellversuch im Rahmen der WHO-Reform in der Europäischen Region“) für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 abgeschlossen. Der Grad der Erfüllung der Bestimmungen dieses Kontraktes wird in dem Dokument EUR/RC64/18 („Leistungsbeurteilung für den Programmhaushalt des WHO-Regionalbüros für Europa 2012–2013“) bewertet, und die Lehren aus diesem Zweijahreszeitraum wurden bei der Erstellung des Beitrags des Regionalbüros zum PB 2016–2017 berücksichtigt.

Ausarbeitung des Programmbudgets der WHO für 2016–2017: Bottom-up-Planung im Kontext der WHO-Reform

6. Der PB 2016–2017 wurde vor dem Hintergrund der WHO-Reform erstellt, was sich in erheblichem Maße auf den Planungsprozess und seine Ergebnisse auswirkte. Die im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm festgelegte Ergebniskette wird im PB 2016–2017 erneut verwendet, wobei bestimmte Elemente auf der Grundlage der Lehren aus den Zeiträumen 2014–2015 und 2012–2013 überarbeitet und verbessert werden. Die Zielsetzung des PB 2016–2017 besteht darin, messbare Ziele zu präsentieren, die die Arbeit des Sekretariats der WHO und ihre Wirkung in den Mitgliedstaaten akkurat widerspiegeln.

7. Das Ergebnis der Arbeit der auf der 134. Tagung des Exekutivrates im Januar 2014 eingesetzten globalen Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer neuen Methode für die strategische Mittelzuweisung hat möglicherweise Auswirkungen auf den PB 2016–2017. Zur Klarstellung ihres Auftrags wurde die Gruppe in „Arbeitsgruppe zur strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität“ umbenannt. Sie soll dem Exekutivrat im Januar 2015 den Entwurf eines neuen Zuweisungsmechanismus vorlegen, der Auswirkungen auf die Haushaltsobergrenzen im PB 2016–2017 haben kann. Da diese Arbeit noch nicht abgeschlossen ist, wurden zur Festlegung der Haushaltsrahmen (budget envelopes) nach größeren Büros die Zahlen des Zeitraums 2014–2015 zugrunde gelegt.

8. Der im Zeitraum 2012–2013 begonnene und im Zeitraum 2014–2015 fortgesetzte Finanzierungsdialog hat erhebliche Auswirkungen auf die Art der Gestaltung und Umsetzung des PB 2016–2017. Das Konzept eines „vollständig finanzierten Programmbudgets“ setzt voraus, dass sich die Finanzierung und Umsetzung in der Praxis weit enger an die Planung im Programmbudget hält, wodurch eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Ausrichtung der Mittel“ erforderlich wird, wie oft auf früheren Tagungen der leitenden Organe der WHO angesprochen. Auch wenn der PB 2014–2015 für einen „Übergangs-Zweijahreszeitraum“ gedacht ist, so wird doch davon ausgegangen, dass das bei seiner Erstellung gelegte Fundament zu einer deutlich engeren Abstimmung sowohl der Prioritäten der Mitgliedstaaten im PB 2016–2017 als auch der tatsächlich durch den Finanzierungsdialog finanzierten Arbeit führen wird.

9. Die Handhabung der Matrix hat sich als Herausforderung für die WHO erwiesen, wie dies auch für viele andere große (öffentliche wie private) Organisationen der Fall ist. Dennoch kann festgestellt werden, dass der jüngste Versuch, sich bei der Planung im Rahmen der WHO-Reform einer Matrix – in Form der Netzwerke für Kategorien und Programmbereiche – zu bedienen, bei der Erstellung des PB 2016–2017 erfolgreich verlief. Diese Netzwerke, die sich aus designierten Ansprechpersonen auf der Ebene der Länder oder Regionen oder der globalen Ebene zusammensetzen, haben sich als Eckpfeiler bei der Ausarbeitung global kohärenter Ziele erwiesen. Das Regionalbüro für Europa hat sich aktiv an den Netzwerken beteiligt und aufgrund der aufgewerteten Rolle bei der Festlegung globaler Ziele sowie der Gelegenheiten zum Wissensaustausch von ihnen profitiert. Es wird erwartet, dass die Netzwerke auch weiterhin eine bedeutende Rolle bei der Umsetzung und Überwachung des PB 2016–2017 sowie in der Berichterstattung darüber spielen werden.

10. Die Bottom-up-Planung wurde innerhalb der Europäischen Region wie in allen anderen Regionen nach einem äußerst engen Zeitplan während der Monate April und Mai 2014 durchgeführt. Das Verfahren baute auf vorhandenen Planungsinstrumenten auf, etwa den Gesundheitskonzepten, -strategien und -plänen der Länder, den Verpflichtungen der leitenden Organe, den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) und den operativen Plänen für den Zeitraum 2014–2015. Die Maßnahme wurde durch ein Rundschreiben der Regionaldirektorin an alle Mitgliedstaaten eingeleitet, in der sie um deren Beteiligung und Beiträge zur Festlegung der Prioritäten für die Arbeit der WHO auf der Ebene der Länder im Zeitraum 2016–2017 bat. Die

Prioritäten wurden aus den im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm enthaltenen Programmbereichen ausgewählt.

11. Daraufhin gingen Beiträge aus allen 29 Ländern der Europäischen Region ein, die eine BCA abgeschlossen haben und in denen der Prozess von einem Vertreter der WHO gesteuert wurde, aber auch aus etwa einem Drittel (8 von 25) der Länder ohne direkte Präsenz der WHO (überwiegend Länder Westeuropas ohne BCA). Zu dem Bottom-up-Prozess gehörten nicht nur aus Sicht der Länder, sondern auch für das Regionalbüro die länderübergreifenden Programme. Der Prozess insgesamt hat erfolgreich zur Bestimmung der Prioritäten der Länder sowie der für die globale Ebene und die Ebene der Regionen relevanten öffentlichen Güter beigetragen.

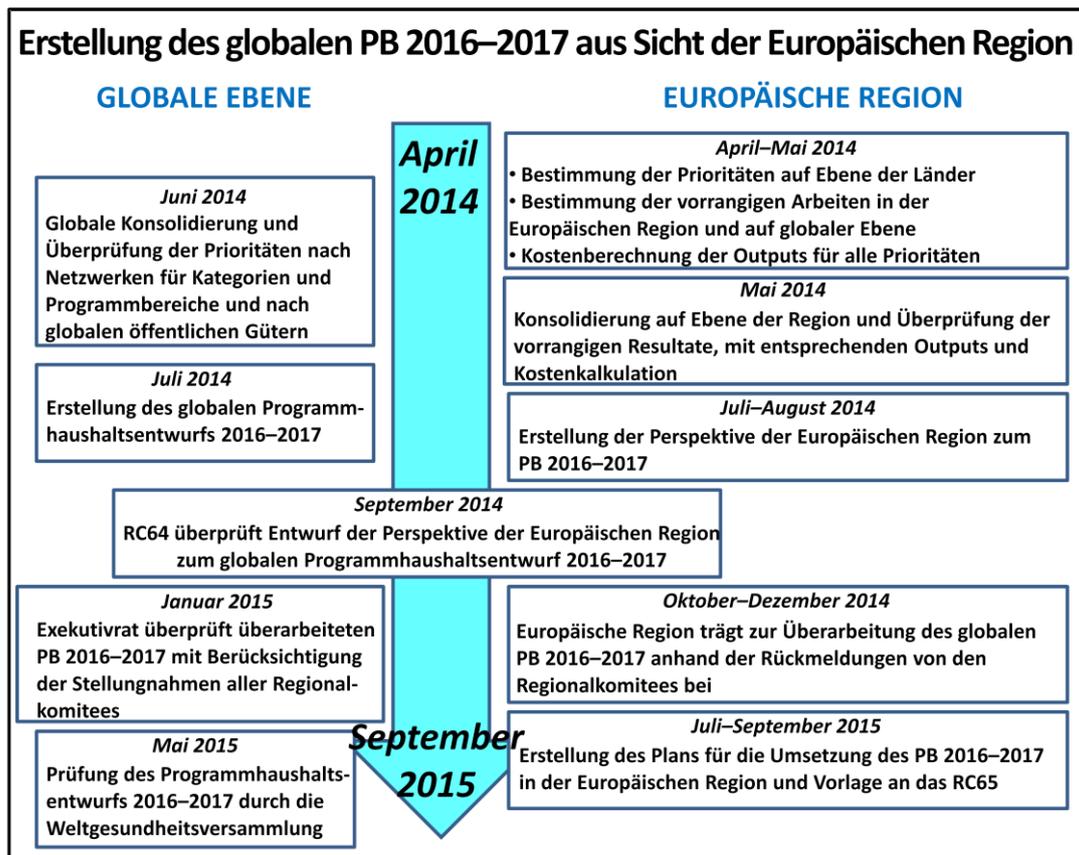
12. Das Verfahren machte für die Arbeit in der Europäischen Region wie auch in den Ländern eine Kalkulation der finanziellen und personellen Kosten für jedes einzelne Haushaltszentrum (Länderbüro oder Abteilung beim Regionalbüro) erforderlich. Somit wurde eine detaillierte Kostenberechnung zum integralen Bestandteil der Bottom-up-Planung. Im Einklang mit der WHO-Reform war dies das erste Mal, dass die Ausarbeitung des Programmhaushalts aufgrund eines global durchgeführten Verfahrens erfolgte. In der Vergangenheit geschah dies im Wege der operativen Planung – also erst lange nach der Genehmigung des Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung.

13. Im Zuge der Erstellung des PB 2016–2017 wurden auch die bestehenden Verpflichtungen aus Resolutionen, die von den leitenden Organen der WHO auf der globalen Ebene und in den Regionen angenommen wurden, kostenmäßig beziffert. Mit Blick auf den globalen Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 wurden die Prognosen für die Auswirkungen der neuesten Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung auf Programme und Etats bisher noch nicht abgeschlossen, insbesondere in Bezug auf die Verschärfung der Regulierung von Arzneimitteln sowie die Bereiche Hepatitis und antimikrobielle Resistenz (Resolutionen WHA67.6, WHA67.20 und WHA67.25). Auf der Ebene der Europäischen Region werden die haushaltsmäßigen Konsequenzen der der 64. Tagung des Regionalkomitees (RC64) vorgelegten Resolutionsentwürfe (Dokumente EUR/RC64/11 Add.1, EUR/RC64/12 Add. 1, EUR/RC64/14 Add.1, EUR/RC64/15 Add.1; Gesamthöhe: 22,4 Mio. US-\$) im Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 für das Regionalbüro untersucht; Gleiches geschieht mit früheren Verpflichtungen der leitenden Organe. Weitere Einzelheiten zu den Kosten der Resolutionen werden 2015 vorgelegt.

14. Die Ergebnisse des Bottom-up-Verfahrens beim Regionalbüro für Europa wurden vor Weitergabe an die globale Ebene im Zuge einer strategischen Prüfung auf Ebene der Region zusammengestellt. Aus dieser Prüfung ging die Vorgabe hervor, dass das Regionalbüro seinen Haushalt so umschichten solle, dass mindestens 40% der Mittel der Ebene der Länder zugewiesen werden. Eine solche Verteilung der Haushaltsmittel steht im Widerspruch zu der Verteilung, wie sie sich aus dem Bottom-up-Prozess ergibt, wonach üblicherweise ca. 27% bis 28% der Mittel an die Länder gingen. Diese Verlagerung ist durch eine auf hoher Ebene beschlossene strategische Neuausrichtung zur Stärkung der Länderarbeit in der Europäischen Region bedingt.

15. Das vorliegende Dokument ist der nächste Schritt bei der Erstellung des Beitrags der Europäischen Region zum Programmhaushalt. In der nachstehenden Abb. 1 ist der gesamte Prozess dargestellt.

Abb. 1: Erstellung des globalen PB 2016–2017 aus Sicht der Europäischen Region



Prioritäten der Länder

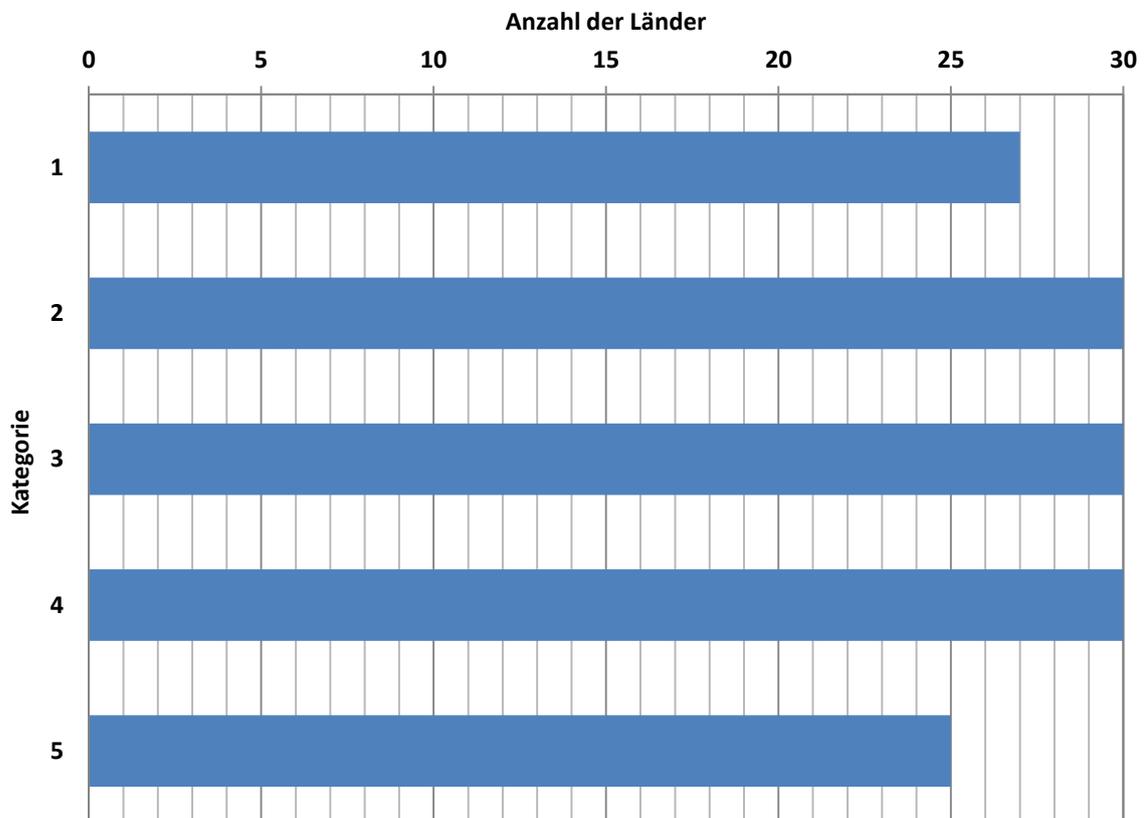
16. Ziel der Bottom-up-Planung mit den Ländern war die Bestimmung der vorrangig anzustrebenden gesundheitlichen Resultate für die Zusammenarbeit der WHO mit den Ländern im Zeitraum 2016–2017. In dem einleitenden Rundschreiben an die Mitgliedstaaten bat das Regionalbüro alle Mitgliedstaaten darum, aus den Resultaten des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms insgesamt zehn Prioritäten zu bestimmen, an denen sich die Arbeit des Sekretariats ausrichten soll. Die vorrangigen Resultate sind auf „Gesundheit 2020“ abgestimmt.

17. In jenen Mitgliedstaaten, in denen die WHO direkt präsent ist, lag die Federführung auf Seiten des Sekretariats jeweils bei den Leitern des Länderbüros, die mit dem Gesundheitsministerium und den jeweils maßgeblichen Akteuren zusammenarbeiteten. Die nachstehend präsentierten Prioritäten entsprechen den anfangs von den Mitgliedstaaten genannten. Die Leiter der WHO-Länderbüros haben in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal auf der Ebene der Europäischen Region eine erste Kostenkalkulation für die Outputs vorgenommen, die auf einer Abschätzung der für bestimmte Outputs an einem bestimmten Standort erforderlichen (personellen und finanziellen) Ressourcen basiert. Der hieraus resultierende Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 wird nun dem Regionalkomitee zur Beratung vorgelegt.

18. In den Abbildungen 2 und 3 werden die Kategorien und Programmbereiche dargestellt, die von den Mitgliedstaaten mit BCA als Prioritäten für den Zeitraum 2016–2017 genannt wurden. Dabei wurden insgesamt die Kategorien 2 (Nichtübertragbare Krankheiten), 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf;) und 4 (Gesundheitssysteme) als oberste

Prioritäten ermittelt, da jedes Land der Region mit einer BCA vorrangige Resultate aus diesen drei Kategorien auswählte.

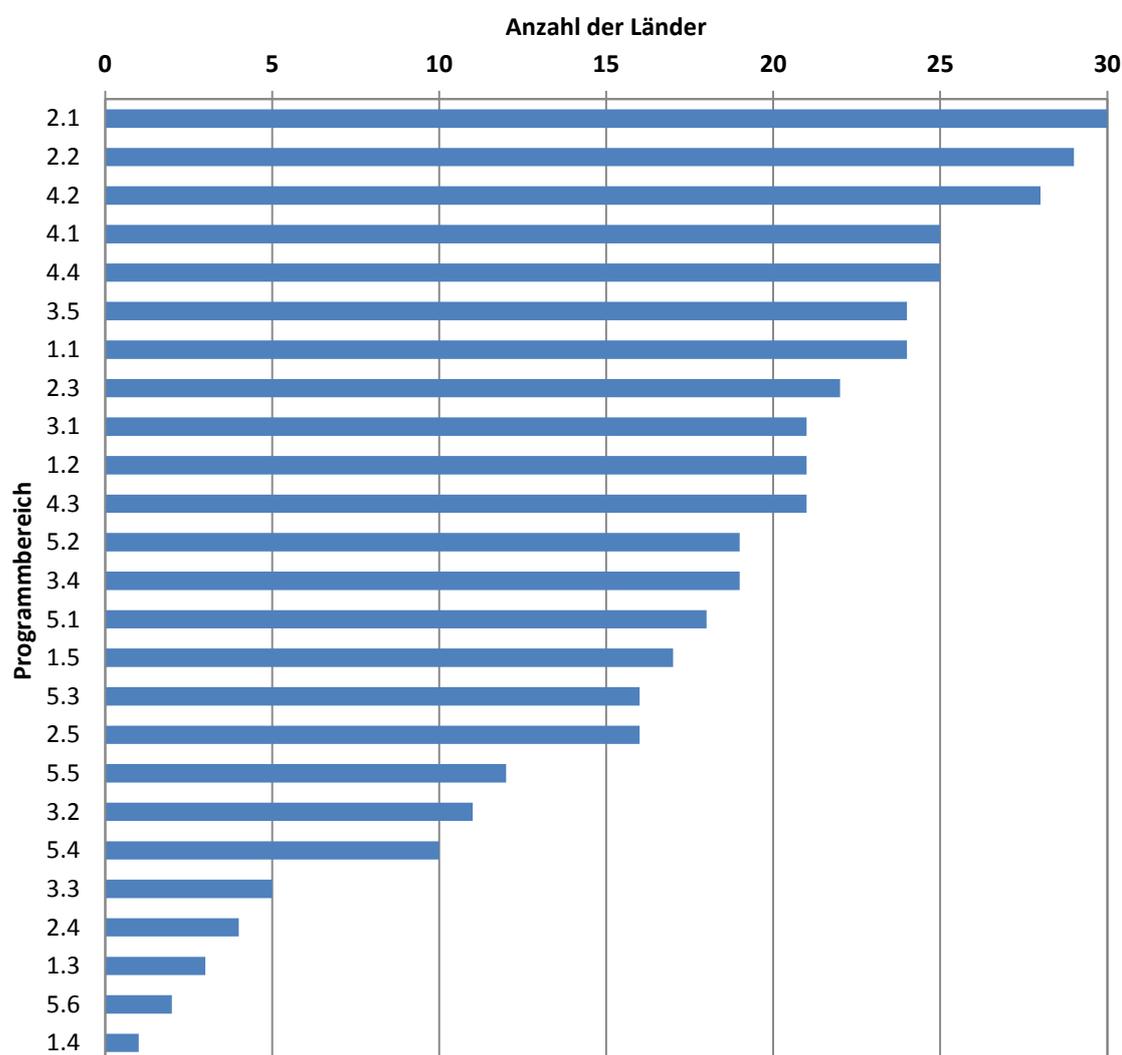
Abb. 2: Häufigkeit der Nennung von Kategorien als Priorität durch Länder mit BCA



19. Am häufigsten wurde von den Mitgliedstaaten als Priorität der Programmbereich 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten) ausgewählt, gefolgt von den Programmbereichen 2.2 (Verbesserter Zugang zu Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit und der durch Substanzgebrauch bedingten Gesundheitsstörungen) und 4.2 (Konzepte, Finanzmittel und personelle Ressourcen für eine Verbesserung des Zugangs zu einer bürgernahen, integrierten Gesundheitsversorgung vorhanden) (s. Abb. 3).

20. Die am seltensten als vorrangig eingestuften Programmbereiche waren 1.3 (Malaria), 5.6 (Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen) und 1.4 (Vernachlässigte Tropenkrankheiten). Die meisten der Programme zur Bekämpfung von Malaria und vernachlässigten Tropenkrankheiten werden nach dem länderübergreifenden Modell betrieben und finden sich daher in den Prioritäten für die auf Ebene der Region relevanten öffentlichen Güter wieder. Da die Aktivitäten im Bereich der Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen durch akute externe Ereignisse bestimmt werden, ist eine Veranschlagung im Haushalt mit Unsicherheit behaftet, wie aus der Prioritätensetzung der Länder ersichtlich wird.

Abb. 3: Häufigkeit der Nennung von Programmbereichen als Priorität durch Länder mit BCA



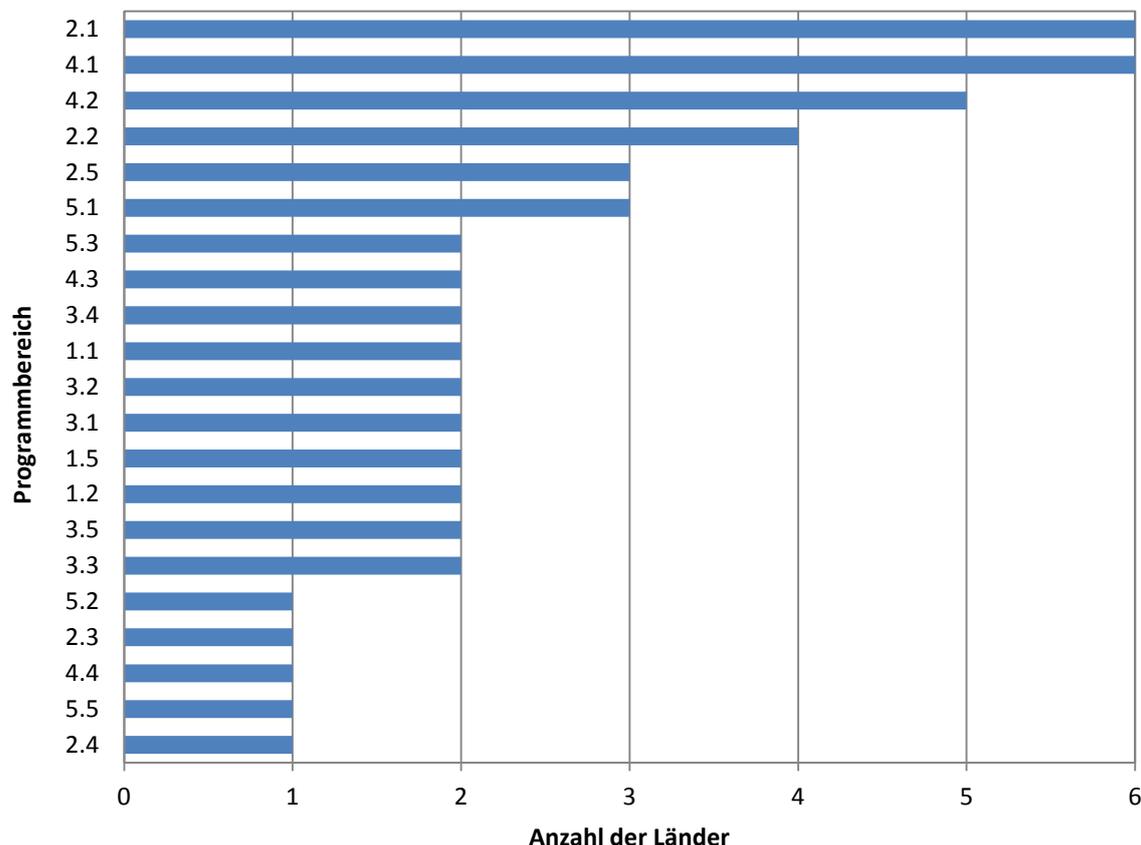
Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren

21. Die Länder ohne BCA gaben ihre Prioritäten für den PB 2016–2017 entweder direkt oder gemäß ihren vorhandenen oder geplanten Länder-Kooperationsstrategien (s. Abb. 4) an. Ähnlich wie die Länder mit BCA stuften auch sie den Programmbereich 2.1 (Nichtübertragbare Krankheiten) am häufigsten als vorrangig ein, gefolgt von 4.1 (Nationale Gesundheitskonzepte und -pläne) (s. Abb. 3). Anders als in den Ländern mit BCA wurde hier keine getrennte Kostenkalkulation für die Outputs vorgenommen; stattdessen wurden diese unter den für die Region relevanten öffentlichen Gütern einbezogen, da die fachliche Hilfe an die betreffenden Länder überwiegend nach dem länderübergreifenden Modell erfolgt.

22. Die Prioritäten der Länder sind in Verbindung mit der länderübergreifenden Arbeit zu sehen. Das Geschäftsmodell des Regionalbüros für Europa zeichnet sich durch ein hohes Maß an Fähigkeiten und Fachkompetenz aus, die sowohl unmittelbar beim Regionalbüro als auch in den Institutionen und öffentlichen Verwaltungen der Mitgliedstaaten in der Region angesiedelt sind. Deshalb wird auf die gemeinsamen Anforderungen von Ländern oft in Form regionsweiter

(oder länderübergreifender) und grenzüberschreitender Lösungsansätze reagiert, die zu der direkten Unterstützung für die Länder im Rahmen von BCA hinzukommen. Dies bedeutet, dass sich die Gesamthöhe der Investitionen in die Länder aus den direkten Mittelzuweisungen wie auch aus Mitteln aus dem Etat für regionsweite Maßnahmen zusammensetzt.

**Abb. 4: Häufigkeit der Nennung von Programmbereichen in der
Prioritätensetzung durch Länder ohne BCA**



Gesundheit 2020

Entwicklungen auf der globalen Ebene

23. Die Definition und Festlegung strategischer gesundheitlicher Prioritäten für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 in der Europäischen Region orientiert sich an dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“ (Resolution EUR/RC62/R4), einem gemeinsamen politischen Handlungsrahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der Europäischen Region. „Gesundheit 2020“ wurde als ein auf Werte gestütztes, evidenzgeleitetes Handlungskonzept mit einer Strategie ausgearbeitet, das kontinuierlich auf eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der Europäischen Region sowie auf den Abbau der gesundheitlichen Ungleichheiten abzielt, die gesellschaftlich so große Wunden gerissen haben. Die Verwirklichung des Anspruchs und Potenzials, die in der Zukunftsvision und dem Ansatz von „Gesundheit 2020“ liegen, hat Auswirkungen auf die Arbeit des gesamten Regionalbüros auf der fachlichen Ebene wie auch in den Ländern.

24. Die operative Planung für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 bot eine gute Gelegenheit, die Arbeit des Regionalbüros insgesamt nach „Gesundheit 2020“ auszurichten. Inzwischen wird

angestrebt, die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ durch sämtliche Aspekte der operativen Planung für den Zeitraum 2014–2015 zu unterstützen und zu forcieren. Dies hat eine Verbesserung der Abstimmung zwischen den Abteilungen ermöglicht, die insbesondere in der Länderarbeit zum Tragen kommt. Darüber hinaus tragen diese überarbeiteten programmbezogenen Modalitäten konkret zur Verwirklichung der Ziele der WHO-Reform bei. Diese Arbeit wird im Zuge der Operationalisierung des PB 2016–2017 fortgesetzt.

25. Sowohl die BCA als auch die Länder-Kooperationsstrategien tragen maßgeblich dazu bei, zu verdeutlichen, wie ein Land die Zukunftsvision von „Gesundheit 2020“ im nationalen Rahmen propagieren möchte und wie das Regionalbüro diese Bemühungen auf der strategischen Ebene wie auch mit konkreten fachlichen Lösungsansätzen unterstützen kann. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten weiter bei der Ausarbeitung neuer Gesundheitskonzepte nach dem Vorbild von „Gesundheit 2020“ bzw. bei der Aktualisierung vorhandener Konzepte unterstützen. Gleichzeitig wird es den Ländern aber auch bei der Entwicklung von Handlungskonzepten in bestimmten Themenbereichen (z. B. ressortübergreifende Strategien zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, Konzepte oder Strategien für öffentliche Gesundheit, nationale Pläne zur Stärkung der Gesundheitssysteme) behilflich sein. Das Regionalbüro wird die Länder auch beim Aufbau von Kapazitäten für gesamtstaatliche Ansätze und bei der Einsetzung von ressortübergreifenden Ausschüssen und der Durchführung deren Arbeit unterstützen.

26. Im Zeitraum 2014–2015 hat das Regionalbüro für die nächsten Etappen der strategischen Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in den einzelnen Ländern jeweils detaillierte Fahrpläne ausgearbeitet. Diese Arbeit wird im Lichte der in diesem Zeitraum gewonnenen Erkenntnisse im Zeitraum 2016–2017 fortgesetzt.

Das Geschäftsmodell des Regionalbüros für Europa

27. Im Zeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro weiter viel Gewicht auf die fachliche Hilfe für die Länder legen und sich dabei so effektiv und effizient wie möglich nach deren Bedarf richten. Konkret werden drei Betriebsmodelle ins Auge gefasst: das länderübergreifende Modell (Beteiligung aller Mitgliedstaaten), das grenzüberschreitende Mehr-Länder-Modell (Beteiligung einer festgelegten Gruppe von Ländern) und das länderspezifische Modell (Beteiligung nur eines Landes).

28. Das Geschäftsmodell des Regionalbüros für Europa sieht folgendermaßen aus:

- Im länderübergreifenden Betriebsmodell werden die gemeinsamen Anforderungen der Länder durch regionsweite Lösungsansätze in Angriff genommen und wird die Fachkompetenz einer begrenzten Zahl von Experten auf der Ebene des Regionalbüros (einschließlich seiner Außenstellen) eingesetzt. Dieses Modell ist dort von Nutzen, wo die betreffenden Länder gemeinsame Ziele verfolgen.
- Dort, wo ein Ziel nur für eine begrenzte Anzahl von Ländern von Belang ist, kann ein Mehr-Länder-Modell herangezogen werden, in dem ebenfalls die für die Europäische Region beim Sekretariat vorhandenen Ressourcen optimal genutzt werden.
- Wenn die Ziele sich konkret auf die Anforderungen und Gegebenheiten einzelner Länder beziehen, wird das länderspezifische Modell gewählt, das über die Länderbüros der WHO gesteuert wird. Die Arbeit in den Ländern wird zusammen mit den betreffenden Mitgliedstaaten geplant und in Form einer BCA geregelt, in der jeweils die gewünschte Wirkung, die erwarteten Resultate und die konkreten zu erbringenden Leistungen festgelegt werden.
- In dem Geschäftsmodell des Regionalbüros werden fachliche Kräfte gebündelt, um die beträchtlichen Anforderungen und Probleme zu bewältigen. Das Fachpersonal beim

Regionalbüro und in seinen Außenstellen leistet einen erheblichen Teil der Arbeit auf der Länderebene und unterstützt damit die Länderbüros, von denen viele in bestimmten Programmbereichen über keine oder nur begrenzte fachliche Kapazitäten verfügen.

29. Dieses Modell ist seit zwei Zweijahreszeiträumen in Kraft. Die wichtigste Veränderung im Zeitraum 2016–2017 besteht darin, dass der Anteil der der Ebene der Länder zugewiesenen Mittel von 27% bis 28% (in früheren Zweijahreszeiträumen) auf 40% angehoben wurde. Eine solche Veränderung ist jedoch nicht unbedingt mit einer Personalaufstockung in den Länderbüros verbunden, sondern bedeutet vielmehr eine verstärkte Ausrichtung der Arbeit der Bediensteten beim Regionalbüro auf die Länderebene.

Überblick über den Haushalt der Europäischen Region

30. Der globale Haushalt 2016–2017 und der Haushalt für die Europäische Region bleiben in ihrem Gesamtvolumen gegenüber dem Zeitraum 2014–2015 unverändert. Nach dem Regionalbüro für Gesamtamerika hat das Regionalbüro für Europa mit 7% den geringsten Anteil an dem globalen Etat für Basisprogramme. Die geplante Zuweisung stellt eine Erhöhung um 10% gegenüber den Ausgaben des Regionalbüros im Zeitraum 2012–2013 dar.

31. Zur Bottom-up-Planung gehörte auch eine Abschätzung der (personellen und finanziellen) Ressourcen, die für die Erreichung bestimmter Outputs an einem bestimmten Standort (in den Ländern oder beim Regionalbüro) erforderlich sind. Bei der Bestimmung der Kosten von später in Etats umgerechneten vorrangigen Resultaten wurden die Länder und die Abteilungen beim Regionalbüro gebeten, sich nach Möglichkeit nahe an die Zahlen des PB 2014–2015 zu halten. Dennoch beliefen sich die Plankosten nach einer umfassenden Bestandsaufnahme auf 266,5 Mio. US-\$ – ein Anstieg um 41,5 Mio. US-\$ oder 18% gegenüber dem Zeitraum 2014–2015. Dieser Unterschied lässt sich auf die gestiegenen Anforderungen der Mitgliedstaaten in Bezug auf Handlungsfähigkeit, auf den üblichen Kostenanstieg (insbesondere Personalkosten) sowie teilweise auf die aus vorangegangenen Tagungen des Regionalkomitees resultierenden Verpflichtungen zurückführen.

32. Um dem Wunsch der leitenden Organe der WHO zu entsprechen, dass der PB 2016–2017 auf der globalen Ebene dasselbe Volumen haben sollte wie der PB 2014–2015, sowie in Ermangelung einer Einigung auf einen Mechanismus für die strategische Mittelzuweisung vereinbarte die Global Policy Group, allen größeren Büros ein Null-Wachstum zu verordnen. Deshalb sah sich das Regionalbüro für Europa gezwungen, bei der Erstellung des Haushalts für den Zeitraum 2016–2017 die aus der Bottom-up-Planung resultierenden Prioritäten samt Kostenkalkulation mit der globalen Anforderung eines unveränderten Haushaltsvolumens gegenüber dem PB 2014–2015 zu vereinbaren. Um dies zu erreichen, wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

- (a) Projekte oder Initiativen, die noch ungewiss oder nicht ausgehandelt waren, wurden gestrichen. Betroffen waren Wünsche von Mitgliedstaaten nach Durchführung von Projekten in einzelnen Ländern. Auch wenn solche Wünsche vollständig im Einklang mit den Prioritäten der WHO insgesamt stehen und einen eindeutigen Bedarf in den betreffenden Ländern widerspiegeln, so wird doch die hierbei von der WHO erwartete Rolle bei ihrer Umsetzung durch den begrenzten Haushaltsrahmen in Frage gestellt.
- (b) Nach Durchführung von Schritt a) wurde eine durchgehende Kürzung vorgenommen, bei der die in dem Bottom-up-Verfahren ermittelten Proportionen gewahrt wurden.

33. Bei den Entscheidungen zur Streichung von Projekten zwecks Einhaltung des Haushaltsrahmens wurden das Für und Wider einer Durchführung dieser Programme durch die WHO oder durch andere gesundheitspolitische Akteure in dem betreffenden Bereich gegeneinander abgewogen.

34. Die gestrichenen Elemente sind in den Abschnitten über die einzelnen Kategorien jeweils zusammenfassend dargestellt. Durch die Kombination dieser beiden Schritte a) und b) war gewährleistet, dass im Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 all jene großen Programme und Initiativen enthalten sind, für deren Durchführung im Zeitraum 2016–2017 das Regionalbüro mit einiger Gewissheit die Gewähr übernehmen kann, und dass dabei auch die Prioritätensetzung zwischen den verschiedenen Programmbereichen und Kategorien gewahrt bleibt, wie sie sich aus dem Bottom-up-Verfahren und der Überprüfung der für die Region relevanten öffentlichen Güter ergeben.

35. Vor der Annahme der endgültigen Fassung des Programmhaushalts gibt es möglicherweise Spielraum zur Unterbringung einiger der gestrichenen Programme, um im Umsetzungsprozess dem von den Mitgliedstaaten angemeldeten Bedarf und den zu für die Region relevanten öffentlichen Gütern bestimmten Prioritäten gerecht zu werden.

36. In Tabelle 1 werden die Bereiche von strategischer Bedeutung im Zeitraum 2016–2017 in Verbindung mit den im laufenden PB 2014–2015 zugewiesenen Haushaltsmitteln dargestellt. Im Einklang mit der Prioritätensetzung durch die Länder erhalten die Kategorien 2, 3 und 4 von allen fachlichen Kategorien den größten Anteil am Programmhaushaltsentwurf des Regionalbüros für 2016–2017, wobei der Gesamtrahmen durch „Gesundheit 2020“ vorgegeben wird.

37. Die Unterstützung für die Länder durch das Regionalbüro bei der Bekämpfung der sich abzeichnenden epidemieartigen Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten wird im Zeitraum 2016–2017 eine im Vergleich mit dem PB 2014–2015 stärkere Schwerpunktlegung und Mittelverlagerung hin zu Kategorie 2 erforderlich machen. Ähnlich werden die Bemühungen des Regionalbüros zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten für das Risiko- und Krisenmanagement in Notfällen und zur Einrichtung eines ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei mehr Mittel in Anspruch nehmen, sodass in Kategorie 5 eine Aufstockung des Etats um 9% vorgesehen ist.

38. Mit Blick auf Organisationsführung und Leitungsebene (Kategorie 6) wird das Regionalbüro eine Umsetzung der Empfehlungen der Gemeinsamen Inspektionsgruppe aus dem Jahr 2012¹ zur Verstärkung der Präsenz der WHO in den Ländern sowie eine Durchführung reformbezogener Initiativen anstreben. Hierfür wird im Zeitraum 2016–2017 eine Aufstockung der Mittel erforderlich werden.

39. Die Kürzung der Mittel um 11% in Kategorie 4 erklärt sich nahezu ausschließlich aus der Notwendigkeit, einen stabilen Gesamtetat für den Zeitraum 2016–2017 zu erhalten, d. h. große länderspezifische Projekte oder Initiativen, die sich noch im Verhandlungsprozess befanden, zu streichen. Dennoch nimmt Kategorie 4 von allen fachlichen Kategorien nach wie vor den größten Anteil im Haushalt des Regionalbüros ein (18%). Trotz einiger fiskalischer Begrenzungen wird die Arbeit des Regionalbüros auf der Ebene der Länder in Bezug auf „Gesundheit 2020“ eine Priorität darstellen und durch die unter Kategorie 3 fallenden Anstrengungen im Bereich der sozialen Determinanten ergänzt. Zusätzliches Gewicht erhalten diese Bemühungen durch die ressortübergreifenden Mechanismen auf der Länderebene und die auf der regionsweiten Ebene unter der Federführung der WHO stehende Interinstitutionelle Sonderarbeitsgruppe für „Gesundheit 2020“ und nichtübertragbare Krankheiten.

40. Die Bereiche Polioeradikation und Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen waren nicht Teil der Prioritätensetzung durch das Bottom-up-Verfahren und wurden

¹ Bestandsaufnahme von Führung, Verwaltung und Dezentralisierung in der Weltgesundheitsorganisation – Bericht der Gemeinsamen Inspektionsgruppe Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2013 (EB132/5 Add.6; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add6-en.pdf).

später auf der globalen Ebene geregelt. Der Etat für die Polioeradikation wird durch die Endspielstrategien der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung bestimmt; der Etat für Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen wird auf der Höhe der für den Zeitraum 2014–2015 zugewiesenen Haushaltsmittel festgeschrieben. Dies hatte im PB 2016–2017 eine Erhöhung des Etats für Notlagen um 5% zur Folge.

41. Die Einzelheiten zu den Etats für jeden Programmbereich finden sich in den Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien in dem Abschnitt „Zielrichtung für die Europäische Region im Zeitraum 2016–2017“ und sind im Anhang zusammengefasst.

42. Bemerkenswert ist vor allem eine Verschiebung von 26,5 Mio. US-\$ (12%) im Basishaushalt auf die Ebene der Länder im Zeitraum 2016–2017, was sich aus der bereits erläuterten strategischen Entscheidung ergibt. Dies spiegelt eine verstärkte, intensiviertere Arbeit in den Ländern zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie darauf abgestimmte Prioritäten der Länder und vom Regionalbüro eingeführte Strategien wider, die allesamt in den letzten beiden Zweijahreszeiträumen die Zustimmung des Regionalkomitees erhielten. Es wird erwartet, dass ein erheblicher Teil der Länderarbeit des Regionalbüros von dessen fachlichem Personal bei der Zentrale in Kopenhagen wie auch in den ausgelagerten Fachzentren erledigt wird. Deshalb beinhaltet der geplante Etat für die Länderebene in quantitativer Hinsicht neben den in den Arbeitsplänen direkt veranschlagten Mitteln für die Länder auch die volle Unterstützung durch das Regionalbüro.

43. Eine Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben im Zeitraum 2012–2013 (Tabelle 2) zeigt, dass es dem Regionalbüro gelungen ist, Mittel in Höhe von nahezu 100% der genehmigten Haushaltsmittel aufzubringen und umzusetzen. Das hohe Ausgabenniveau im Zeitraum 2012–2013 deutet jedoch darauf hin, dass es bei manchen der Prioritäten sowohl für 2014–2015 als auch für 2016–2017 nur begrenzten Spielraum für eine Ausgabenerhöhung gibt, da der genehmigte Etat in Höhe von 225 Mio. US-\$ nur einen Anstieg um 10% gegenüber den Ausgaben im Zeitraum 2012–2013 darstellt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–2015 nach Kategorie

Kategorie	Programmhaushalt 2014–2015				Programmhaushaltentwurf 2016–2017				Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015 (in %)
	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt		Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt		
			Insgesamt	in %			Insgesamt	in %	
1. Übertragbare Krankheiten	11,7	18,9	30,6	13%	13,5	16,1	29,6	13%	-3%
2. Nichtübertragbare Krankheiten	9,7	23,1	32,8	14%	16,9	19,2	36,1	16%	10%
3. Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	7,3	32,8	40,1	18%	10,3	27,7	38,0	17%	-5%
4. Gesundheitssysteme	12,3	32,5	44,8	20%	13,5	26,5	40,0	18%	-11%
5. Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen	3,3	12,4	15,7	7%	6,8	10,2	17,0	7%	9%
6. Organisatorische und befähigende Funktionen	17,9	36,1	54,0	24%	27,8	29,2	57,0	25%	6%
Zwischensumme	62,3	155,7	218,0	96%	88,8	129,2	218,0	95%	0%
Notlagen	3,6	6,4	9,9	4%	2,1	8,3	10,4	5%	5%
Insgesamt	65,9	162,0	227,9	100%	90,9	137,5	228,4	100%	0%

Tabelle 2: Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben in früheren Programmhaushalten des Regionalbüros für Europa

	Genehmigter Programmhaushalt bzw. Programmhaushaltentwurf	Verfügbare (und erwartete) Mittel für den Zweijahreszeitraum	Nach ersten 6 Monaten verfügbare Mittel	Verfügbare Mittel als prozentualer Anteil am von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Haushalt	Ausgaben	Ausgaben als prozentualer Anteil am von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Haushalt	Ausgaben als prozentualer Anteil an verfügbaren / erwarteten Mitteln
2010–2011	261,9	223,0	185,8	85%	199,0	76%	89%
2012–2013	213,0	213,0	160,4	100%	204,0	96%	96%
2014–2015 ^a	225,0	225,4	147,3	100%	47,2	21%	21%
2016–2017 ^b	228,4	161,1		71%			

^a Für 2014–2015 gilt: Verfügbare Mittel = tatsächlich verfügbare Mittel + projizierte freiwillige Beiträge + auf dem Niveau von 2012–2013 projizierte organisationseigene Mittel. Ausgaben sind tatsächliche Ausgaben (Stand: 1. Juli 2014).

^b Für 2016–2017 gilt: Die verfügbaren Mittel sind eine Projektion auf der Grundlage aktueller Zusagen der Geber und des Standes der Verhandlungen mit diesen und unter Zugrundelegung desselben Niveaus an organisationseigenen Mitteln wie im Zeitraum 2012–2013.

Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen

44. In den vergangenen beiden Zweijahreszeiträumen (2010–2011 und 2012–2013) waren die Finanzen des Regionalbüros durch einen hohen Grad an Zweckbindung für Programme (nur etwa die Hälfte der verfügbaren Mittel waren vollständig oder weitgehend flexibel) sowie durch mangelnde Flexibilität für die Finanzierung von Personalkosten gekennzeichnet. Von den freiwilligen Beiträgen wurden 70% innerhalb der Europäischen Region eingeworben, wodurch oft weniger Vorhersehbarkeit gegeben war als bei mehrjährigen Vereinbarungen und Zuwendungen auf der globalen Ebene.

45. Obwohl für den Zeitraum 2012–2013 weniger Mittel zur Verfügung standen als für den vorangegangenen Zweijahreszeitraum (Tabelle 2), erreichten die Finanzmittel die im genehmigten Programmhaushalt vorgesehene Höhe, sodass der Programmhaushalt vollständig finanziert erschien. Doch dieses finanzielle Gesamtbild verdeckte erhebliche Engpässe bei einigen Programmen und eine Überfinanzierung bei anderen, aber auch eine unzureichende Abstimmung der Mittel mit den Aktivitäts- und Personalkosten. Dies waren unmittelbare Konsequenzen der mangelnden Vorhersehbarkeit und Flexibilität der Mittel. Diese Probleme waren keineswegs auf das Regionalbüro für Europa beschränkt; vielmehr war die finanzielle Situation sämtlicher großen Büros der WHO gleichermaßen durch einen Mangel an Vorhersehbarkeit, Flexibilität und Abstimmung gekennzeichnet. So bestand die Zielsetzung des im vergangenen Zweijahreszeitraum begonnenen Finanzierungsdialogs darin, die Qualität der Finanzierung zu verbessern und sich gezielt mit diesen Problemen auseinanderzusetzen.

46. Auch wenn es noch verfrüht wäre, die Wirkung des Finanzierungsdialogs auf die Finanzierung im Zeitraum 2014–2015 zu beurteilen, so lassen sich doch einige erfreuliche Trends erkennen, etwa eine größere Zahl zuverlässiger Finanzierungsprojektionen auf der globalen Ebene, die Bereitschaft einiger Mitgliedstaaten zur Prüfung einer Verlagerung ihrer Mittelzusagen in bisher unterfinanzierte Bereiche und der Zugewinn an Transparenz aufgrund des neuen Webportals zum Programmhaushalt, dessen Informationen den Gebern fundierte Entscheidungen ermöglichen.

47. Darüber hinaus wird erwartet, dass die abgestimmte Mittelbeschaffung – ganz im Sinne der WHO-Reform – zu einer besseren Ausrichtung der Mittel am bestehenden Bedarf und zu einer Abkehr von einem programm- oder projektspezifischen Ansatz beitragen wird. Durch eine effizientere Mittelbeschaffung und ein organisationsweites strategisches Konzept für den Umgang mit Beitragszahlern und Gebern soll ein vollständig finanzierter PB 2016–2017 erreicht werden. Die notwendigen Tools stehen auf den drei Ebenen der Organisation und in sämtlichen Kategorien zur Verfügung und dienen einer Erhöhung der Transparenz in Bezug auf zugesagte Finanzmittel und auf dem Weg befindliche Mittel.

48. Zu diesem Zeitpunkt wäre es noch zu früh für Prognosen über die Gesamthöhe der Haushaltsmittel für 2016–2017; diese wird von der Wirkung des Finanzierungsdialogs, dem Verhalten der Geber und einer Reihe anderer Faktoren abhängen. Erste Schätzungen in Bezug auf die Mittel, die das Regionalbüro im Zeitraum 2016–2017 erwarten kann, gehen davon aus, dass ca. 71% des Umfangs des Programmhaushaltsentwurfs potenziell gesichert ist; somit erscheinen der Haushalt und das Ziel, eine Finanzierung des PB 2016–2017 zu 100% zu erreichen, realistisch. Die Schätzung beruht auf bestehenden Zusagen, dem derzeitigen Stand der Verpflichtungen sowie der Annahme, dass organisationseigene Mittel in derselben Höhe wie im Zeitraum 2012–2013 zur Verfügung stehen werden. Von den erwarteten Haushaltsmitteln entfallen 42% auf freiwillige Beiträge, und für die fachlichen Kategorien werden Mittel in ähnlichem Umfang erwartet (15%–20%). Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) dürfte die meisten freiwilligen Beiträge erhalten (32%), überwiegend für große, länderspezifische Projekte und die ausgelagerten Fachzentren.

49. Diese Außenstellen erlauben es dem Regionalbüro, mit starker Unterstützung durch die jeweiligen Gastländer seine Tätigkeit in bestimmten fachlichen Bereichen zu intensivieren. Die Unterstützung wird normalerweise für mehrere Zweijahreszeiträume zugesagt, um nachhaltige Ressourcen für vorrangige Programmbereiche zu gewährleisten. Derzeit verfügt die Europäische Region über drei voll funktionsfähige Außenstellen: das Fachzentrum zur Stärkung der Gesundheitssysteme (Büro Barcelona; Jahresetat: 1,8 Mio. US-\$), das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit (Büro Bonn; Jahresetat: 4,5 Mio. US-\$) und das Fachzentrum des Regionalbüros für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung (Büro Venedig; Jahresetat: 1,7 Mio. US-\$²). Drei weitere ausgelagerte Fachzentren befinden sich in verschiedenen Stadien der Planung bzw. Verhandlung und dürften in den Jahren 2015 und 2016 ihre volle Einsatzfähigkeit erreichen: eines für die primäre Gesundheitsversorgung (Almaty, Kasachstan; Jahresetat: 2 Mio. US-\$), eines für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen (Istanbul; Jahresetat: 2 Mio. US-\$) und eines für nichtübertragbare Krankheiten (Moskau; Jahresetat: 4,4 Mio. US-\$).

50. Auch im kommenden Zweijahreszeitraum werden weitere Anfragen einzelner Mitgliedstaaten in Bezug auf die Durchführung groß angelegter Projekte erwartet. Auch wenn solche Wünsche im Einklang mit den Prioritäten der WHO insgesamt stehen und einen eindeutigen Bedarf in diesen Ländern widerspiegeln, so wird die hierbei von der WHO erwartete Rolle in ihrer Umsetzung aufgrund des vorgegebenen Haushaltsrahmens schwierig zu erfüllen sein. Wie bereits erläutert, wurden viele derartige Projekte aus den Ergebnissen der Bottom-up-Planung entfernt, um für 2016–2017 zu einem Etat mit Null-Wachstum zu gelangen. Da dies in den meisten WHO-Regionen ein Problem darstellt, wird nun nach einem geeigneten Mechanismus für solche Projekte auf der globalen Ebene gesucht. Für eine diesbezügliche Entscheidung ist ein besseres Verständnis und mehr Klarheit in Bezug auf Aufgaben und Funktion der WHO bei der Umsetzung dieser Projekte erforderlich. Häufig wird die WHO gebeten, nicht nur fachliche Hilfe bereitzustellen, sondern auch die für solche Projekte benötigten umfangreichen Mittel zu kontrollieren und zu verwalten, obwohl sie jeweils nur einer der an der Durchführung beteiligten Akteure ist. Zwar gehört eine solche Kontrollfunktion eindeutig nicht zu den Kernaufgaben der WHO, doch wird dies oft von den Gebern als Bedingung gestellt, sodass es die einzige Möglichkeit darstellt, in dem betreffenden Land ein Fachprogramm durchzuführen oder Hilfe zu leisten.

Zielrichtung für die Europäische Region im Zeitraum 2016–2017

51. Im Folgenden wird der umfangreiche fachliche Inhalt des PB 2016–2017 für jede Kategorie erläutert, wobei jeweils die wichtigsten Herausforderungen und Prioritäten im bevorstehenden Zweijahreszeitraum sowie die konkreten gesundheitlichen Resultate (samt Indikatoren), Outputs (samt Indikatoren) und zu erbringenden Leistungen aufgeführt werden. Jede dieser Beschreibungen enthält auch eine tabellarische Übersicht über die Haushaltsmittel nach Programmbereichen und großen Büros.

52. Der Beitrag der Europäischen Region zu den globalen Indikatoren für Resultate und Outputs wird hier noch nicht konkretisiert, soll aber in künftigen Versionen, d. h. zeitnäher an der Fertigstellung der globalen Indikatoren, einbezogen werden. Bis dahin ist ein erläuternder Text nur für die grundlegenden Herausforderungen und Zielrichtungen in der Arbeit der Europäischen Region vorgesehen. Wie bereits erläutert, werden die Haushaltstabellen durch Erläuterungen zu den nicht aufgenommenen Projekten und Aktivitäten ergänzt, um zu einem stabilen Gesamthaushalt für den Zeitraum 2016–2017 zu gelangen.

² Einschließlich 150 000 € von San Marino.

Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten

1.1 HIV/Aids

53. Immer mehr Länder verabschieden evidenzgeleitete Konzepte zur HIV-Prävention unter den wichtigsten Risikogruppen. Dennoch stellen schadensbegrenzende Maßnahmen und Programme im Rahmen von nationalen HIV-Aktionsplänen, die auf eine Verhinderung der sexuellen Übertragung abzielen, viele Länder in der Europäischen Region weiterhin vor Herausforderungen. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten bei der Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV-Infektionen und der Betreuung von HIV-Infizierten, insbesondere für die wichtigsten Risikogruppen, sowie beim Abbau der rechtlichen und sozialen Schranken für den Zugang zu den benötigten Leistungen weiterhin fachliche Unterstützung gewähren.

54. Ein besonderes Augenmerk wird der Förderung eines gleichen Zugangs zur lebensrettenden antiretroviralen Therapie, zur koordinierten und integrierten Leistungserbringung, zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung und zu Maßnahmen für einen wirksameren Umgang mit Koinfektionen wie Tuberkulose und Hepatitis gelten. Im Rahmen der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor zur Bekämpfung von HIV/Aids (2016–2020) soll ein überarbeiteter regionaler Aktionsplan gegen HIV/Aids umgesetzt werden, der der Unterstützung der einzelstaatlichen Programme dient. Dank der Partnerschaft mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria wird die WHO ihre fachliche Hilfe für die Mitgliedstaaten erheblich verstärken können.

55. Fachliche Unterstützung soll auch für die Entwicklung und Umsetzung koordinierter, ressortübergreifender einzelstaatlicher Strategien zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Virushepatitis entsprechend den epidemiologischen Rahmenbedingungen vor Ort und im Einklang mit der von der Weltgesundheitsversammlung 2014 verabschiedeten Resolution WHA67.6 gewährt werden. Für die Durchführung eines kompletten Pakets von Maßnahmen, die dem Bedarf der Mitgliedstaaten auf diesem Gebiet Rechnung tragen, müssten zusätzliche Mittel aus dem Kernhaushalt zugewiesen werden.

56. Für die genannten Arbeiten wird im Programmbereich HIV/Aids im Zeitraum 2016–2017 insgesamt weniger Haushaltskapazität zur Verfügung stehen als 2014–2015, was eine Einschränkung der Aktivitäten und eine Neuausrichtung der Prioritäten erfordern wird. Diese Mittelkürzung ist eine Folge des Bottom-up-Planungsverfahrens, bei dem zahlreiche Länder HIV/Aids nicht als hohe Priorität angaben.

1.2 Tuberkulose

57. Aufbauend auf den Erfolgen bei der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten auch weiterhin fachlich dabei unterstützen, einen allgemeinen Zugang zu Diagnose und Therapie zu verwirklichen und damit der Übertragung von MDR/XDR-Tb in der Europäischen Region Einhalt zu gebieten.

58. Konkret wird das Regionalbüro den Mitgliedstaaten dabei behilflich sein, hochwertige Diagnoseangebote auszuweiten, die Mechanismen für die grenzüberschreitende Tuberkulosebekämpfung und die Versorgung der Patienten zu stärken, die Arzneimittelversorgung zu verbessern, partnerschaftlich zusammenzuarbeiten und die Zivilgesellschaft verstärkt einzubinden und darüber hinaus die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme sowie die sozialen Determinanten von Tuberkulose in Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ zu bewerten und anzugehen.

59. Zwar ist das Hauptaugenmerk auf die Länder mit einer hohen Prävalenz von Tuberkulose und speziell MDR/XDR-Tb gerichtet, doch wird das Regionalbüro auch Ländern mit einer niedrigen Belastung bei der Ausarbeitung von Strategien für den Übergang zur Eliminierung der Krankheit und für die Verbesserung von Diagnose und Behandlung bei Migranten und anderen stark gefährdeten Gruppen zur Seite stehen.

60. Die von der Weltgesundheitsversammlung in ihrer Resolution WHA67.1 gebilligte globale Tuberkulose-Strategie für die Zeit nach 2015 erfordert eine Anpassung und Umsetzung auf regionsweiter und nationaler Ebene. Den Mitgliedstaaten soll fachliche Unterstützung gewährt werden, damit sie die tuberkulosebedingte Sterblichkeit weiter senken, die Früherkennung aller Formen von Tuberkulose verbessern und die Therapieerfolgsrate steigern können. Dazu ist es erforderlich, die Kapazitäten für die Diagnose (Laborkapazitäten und Qualitätssicherung) in den Ländern auszuweiten, die Systeme für das Monitoring und die Überwachung von Tuberkulose zu verbessern, die Verfahren für das Management zu verbessern, neue Medikamente einzuführen, eine aktive Arzneimittelüberwachung zu gewährleisten, sekundäre Arzneimittelresistenzen zu vermeiden und die Integration der Angebote im Bereich Tuberkulose in die Gesundheitssysteme voranzutreiben.

1.3 Malaria

61. Die Europäische Region ist auf gutem Weg, entsprechend der Erklärung von Taschkent von 2005 die Malaria bis 2015 zu eliminieren. Mit der Senkung der Zahl der Fälle von 90 000 Mitte der 1990er Jahre auf 37 Fälle im Jahr 2013 wurde ein beachtlicher Fortschritt erzielt. Armenien, Kasachstan und Turkmenistan wurden inzwischen für malariafrei erklärt, Georgien, Kirgisistan und Usbekistan melden keine Fälle mehr und befinden sich derzeit in der Phase der Prävention der Wiedereinschleppung; Aserbaidschan, Tadschikistan und die Türkei arbeiten noch auf die Eliminierung hin.

62. Im Zeitraum 2016–2017 wird der Schwerpunkt darauf liegen, die Eliminierung abzuschließen, die Zertifizierung zu erhalten und eine Wiedereinschleppung zu verhindern. Als wichtigste Maßnahmen sind geplant, die wirksame Vektorenbekämpfung und Malariaüberwachung aufrechtzuerhalten, was auch rasche Gegenmaßnahmen bei Ausbrüchen nach einer Einschleppung einschließt. Dazu hat die Europäische Region an der Globalen Fachstrategie zur Bekämpfung und Eliminierung der Malaria: Raschere Fortschritte bei der Eliminierung (2016–2025) mitgearbeitet, die auf der 136. Tagung des Exekutivrates im Januar 2015 erörtert und der 68. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 zur Behandlung vorgelegt werden soll, und wird sich von dieser Strategie leiten lassen. Die Umsetzung der globalen Strategie in der Europäischen Region wird auf der Grundlage ihres Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ erfolgen.

1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten (einschließlich wieder auftretender Vektorkrankheiten)

63. In der Europäischen Region der WHO sind neue, durch Vektoren übertragene, Krankheiten auf dem Vormarsch, während bereits als eliminiert geltende Krankheiten zurückkehren. Dieses neuerliche gesundheitspolitische Problem ist entscheidend durch Einflussfaktoren wie Migration, rapide Verstädterung, Klima- und Umweltveränderungen sowie die Einstellung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der Übertragung bedingt.

64. Jüngste Daten belegen eine zunehmende geografische Ausbreitung von Insektenvektoren. Die Inzidenz und Verbreitung von Vektorkrankheiten wie Leishmaniose, Krim-Kongo-Fieber, (durch Zecken übertragene) Hirnhautentzündung, West-Nil-Fieber, Lyme-Borreliose und eingeschleppte Chagas-Krankheit nehmen signifikant zu, insbesondere im südlichen Teil der Region.

65. Trotz der allgemeinen Kürzung der Mittelzuweisung für diesen Bereich wird das Regionalbüro den Mitgliedstaaten auch weiterhin fachliche Unterstützung bei der Minderung des Risikos einer Rückkehr von durch Vektoren übertragenen Infektionskrankheiten gewähren, indem es sich schwerpunktmäßig Bereichen wie der Krankheitsüberwachung und der integrierten Vektorenbekämpfung sowie allgemein der Umsetzung des *Europäischen Handlungsrahmens für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten (2014–2020)* widmet.

66. Weitere vernachlässigte Tropenkrankheiten, für die die Länder, insbesondere in Zentralasien, dem Kaukasus und auf dem Balkan, im Zeitraum 2016–2017 fachliche Unterstützung anfordern können, sind durch Zecken übertragene Krankheiten (Lyme-Borreliose, Krim-Kongo-Fieber, Hirnhautentzündung), Tollwut und durch den Boden übertragene Helminthosen (Spulwurm, Peitschenwurm, Hakenwurm).

1.5 Impfpräventable Krankheiten

67. Im Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) werden Aktivitäten auf regionsweiter Ebene gefordert, darunter die Aufrechterhaltung der Eliminierung von Masern und Röteln in der Region und die Unterstützung von Anstrengungen zur Eliminierung der Krankheit im Rahmen des *Globalen Aktionsplans (2011–2020)*. Eine strenge Überwachung, ein entschlossenes Engagement auf politischer Ebene, ausreichende Ressourcen und die Umsetzung zielführender Strategien zur Schließung von Impflücken und zur Durchführung von Ergänzungsimpfungen haben allesamt direkte Auswirkungen auf die Senkung der Zahl der nicht oder nur unzureichend geimpften Säuglinge, Kinder und Jugendlichen sowie den Abbau von Impfbarrieren. Zwar bildet die Wirkung von Impfmaßnahmen einen Kernbestandteil des Lebensverlaufansatzes, doch sind weitere Anstrengungen erforderlich, um Probleme im Erwachsenenalter anzugehen, indem durch die frühere Impfpraxis bedingte Impflücken geschlossen werden und ein größtmöglicher Nutzen aus Impfmaßnahmen vor dem Eintreten von Immunseneszenz (der allmählichen Schwächung des Immunsystems als Folge des Alterungsprozesses) gezogen wird. Diese Arbeit ist eng mit den Programmbereichen in Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) verknüpft.

68. Im Zeitraum 2016–2017 sind unter anderem folgende Aktivitäten geplant:

- Bereitstellung von Hilfe für die Mitgliedstaaten bei der Aktualisierung und Abänderung von Konzepten und Strategien zu impfpräventablen Krankheiten und zur Immunisierung im Einklang mit den Impfkaktionsplänen auf der globalen und regionsweiten Ebene;
- Lobbyarbeit zur Ausweitung des Kreises der Befürworter von Impfmaßnahmen;
- Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit von Evidenz für die Entscheidungsfindung.

69. Die Mitgliedstaaten haben klar darauf hingewiesen, dass sie mehr Unterstützung beim Umgang mit Bedenken in der Öffentlichkeit hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen und einer effektiven Reaktion darauf benötigen. Mit dem Programm sollen die nationalen Beiräte für Immunisierungsfragen weiter bei der Formulierung evidenzbasierter Konzepte unterstützt und Möglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen und zur Förderung von Interaktion mit dem Europäischen Beirat für Immunisierungsfragen geschaffen werden. Für die Einrichtung oder Verbesserung von Mechanismen zur Überwachung impfpräventabler Krankheiten oder von anderen Monitoring-Systemen soll fachliche Hilfe gewährt werden.

70. Um die genannten Werte im Rahmen eines Haushalts für 2016–2017 zu erreichen, dessen Wachstum gegenüber 2014–2015 Null beträgt, konnten Aktivitäten und Projekte aus dem Bottom-up-Planungsverfahren mit einem Kostenumfang von etwa 6,6 Mio. US-\$ nicht in Kategorie 1 berücksichtigt werden. Insbesondere konnte ein komplettes Paket von Maßnahmen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung koordinierter,

ressortübergreifender einzelstaatlicher Strategien zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen nicht im genannten Etat für den Programmbereich 1.1. berücksichtigt werden. Bei der fachlichen Unterstützung für die Mitgliedstaaten im Bereich HIV/Aids werden Kürzungen und eine Neufestlegung der Prioritäten erforderlich sein. Die Mittelzuweisung für die Programmbereiche 1.2 (Tuberkulose) und 1.5 (Impfpräventable Krankheiten) wird im Vergleich zur Bottom-up-Planung geringer ausfallen, was eine Neufestlegung der Prioritäten unter den geplanten Aktivitäten sowohl auf der nationalen wie auch der regionsweiten Ebene mit sich bringt.

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–2015 für Kategorie 1 (Übertragbare Krankheiten) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	
1.1 HIV/Aids	1,9	3,8	5,6	1,4	3,2	4,6	-17%
1.2 Tuberkulose	7,1	3,9	11,0	8,3	2,7	11,0	0%
1.3 Malaria	0,2	1,1	1,3	0,2	1,1	1,3	-5%
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	0,0	0,7	0,7	0,0	0,6	0,6	-13%
1.5 Impfpräven- table Krankheiten	2,6	9,4	12,0	3,6	8,5	12,1	1%
Kategorie 1 insgesamt	11,7	18,9	30,6	13,5	16,1	29,6	-3%

Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten

2.1 Nichtübertragbare Krankheiten und Risikofaktoren

71. Von allen WHO-Regionen weist die Europäische Region die höchste Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten auf: die vier wichtigsten von ihnen – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes – verursachen zusammen 77% der Krankheitslast und nahezu 86% der vorzeitigen Sterblichkeit. Vorzeitige Sterblichkeit (d. h. Tod vor Erreichen des 60. Lebensjahrs) oder das Leben mit einer nichtübertragbaren Krankheit oder einer damit zusammenhängenden Behinderung hat sozioökonomische Folgen und stellt eine doppelte Herausforderung für eine nachhaltige soziale und wirtschaftliche Entwicklung dar. Daher ist für diesen Programmbereich eine erhebliche Aufstockung des Haushalts vorgesehen. Im Zeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten folgende Schwerpunkte setzen:

- Ausarbeitung und Stärkung ressortübergreifender Aktionspläne zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten durch Unterstützung von Wissensnetzwerken und innerstaatlicher Maßnahmen in allen Politikbereichen. Bis 2017 sollten die Länder die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu einem vorrangigen Anliegen in ihrer nationalen Gesundheitsplanung und Entwicklungsagenda machen;
- Auf- und Ausbau von Kapazitäten zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung;
- Erzielung greifbarer Fortschritte bei den im globalen Kontrollrahmen und im Kontext von „Gesundheit 2020“ vorgesehenen Resultaten im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten.

72. Das Regionalbüro für Europa wird fachliche Unterstützung für Interventionen zugunsten stark gefährdeter Bevölkerungsgruppen gewähren, insbesondere im Hinblick auf Bewertung und Steuerung des kardiometabolischen Risikos und die Früherkennung und Behandlung von Krebs. Dadurch werden die Länder in die Lage versetzt, eine flächendeckende Versorgung ihrer Bevölkerung mit den in der Anlage 3 des *Globalen Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020)* aufgeführten Interventionen bereitzustellen. Ein bürgernaher Ansatz soll die Koordinierung, Integration und effektive Umsetzung bevölkerungsbezogener Interventionen und einzelner Gesundheitsangebote gewährleisten. Die Mitgliedstaaten werden Unterstützung beim Ausbau ihrer Kapazitäten in Bezug auf wesentliche Angebote im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten erhalten, darunter Primärprävention, Früherkennung und Krankheitsmanagement auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung.

73. Das Regionalbüro nimmt derzeit eine Aktualisierung der integrierten Datenbank für nichtübertragbare Krankheiten vor, die der Überwachung von Risikofaktoren dient. Die Länder sollen dabei unterstützt werden, ein integriertes Überwachungssystem zu entwickeln, das im Einklang mit den Zielen und Indikatoren von „Gesundheit 2020“ und dem globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten steht. Ferner ist geplant, in den Ländern Schulungen über die Nutzung der nationalen Daten für die Zwecke der Politikgestaltung sowie der Ermittlung von bewährten Verfahren, Herausforderungen, Trends und Prioritäten anzubieten.

Alkoholkonsum

74. Alkoholkonsum ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region. Das Regionalbüro wird weiterhin die Umsetzung des *Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)* unterstützen. Dabei wird es den Schwerpunkt auf die Vermarktung, Preisgestaltung und Verfügbarkeit legen, aber auch Orientierungshilfe für die frühzeitige Erkennung und Kurzinterventionen in der primären Gesundheitsversorgung bieten. Der Austausch bewährter Verfahren unter den Mitgliedstaaten wird durch eine neue, mit einem Zeitrahmen versehene Datenbank erleichtert, die Informationen über die Alkoholpolitik sowie über Informationskampagnen und neuere Untersuchungen enthält. Mit einer neuen Methode für die Berechnung der alkoholbedingten Todesraten sollen Trends unter den Mitgliedstaaten, aber auch Unterschiede zwischen ihnen im Zeitverlauf überwacht werden.

Tabakkonsum

75. Europa weist von allen WHO-Regionen die höchste Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen und die höchste durch Rauchen bedingte Sterblichkeit auf. Obwohl 50 Länder der Region das *Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs* ratifiziert haben, ist seine Umsetzung nach wie vor unzulänglich. Das Regionalbüro richtet sein Hauptaugenmerk auf die volle Umsetzung des Übereinkommens nach seiner Ratifikation und auf die Durchführung konsequenterer Handlungskonzepte, die Nutzung von Wissensnetzwerken und ein ressortübergreifendes Handeln. Die Länder sollten bis 2017 die Umsetzung des Übereinkommens als zentrale Voraussetzung für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu einem vorrangigen Anliegen machen und bis 2025 die freiwillige globale Zielvorgabe erreichen.

76. Das Regionalbüro wird den Ländern fachliche Unterstützung bei der vollen Umsetzung des Übereinkommens in starken ressortübergreifenden Partnerschaften im Rahmen der in „Gesundheit 2020“ verankerten vorrangigen Handlungsfelder gewähren. Ferner wird es auch fachlichen Rat zum Kapazitätsaufbau und zur Stärkung der Institutionen in den Ländern erteilen, um ihnen eine nachhaltige Politik der Eindämmung des Tabakkonsums mit greifbaren gesundheitlichen Resultaten zu ermöglichen.

2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch

77. In der Europäischen Region sind psychische Störungen für 19% der Krankheitslast und etwa 30% aller mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre verantwortlich. Das Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros wird in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten auf die Umsetzung des *Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit* hinwirken, indem es Unterstützung bei der Ausarbeitung nationaler Strategien und Konzepte gewährt, die Rolle der primären Versorgung bei der Diagnose und Behandlung allgemeiner psychischer Störungen aufwertet, gemeindenahe Teams zur Behandlung von Menschen mit komplexen psychischen Störungen und zur Verhütung der Verschlechterung ihres Zustands einsetzt und Wohneinrichtungen und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Integration in die Gemeinschaft bereitstellt.

78. Die dabei erzielten Fortschritte werden anhand geeigneter Indikatoren überwacht. Das Programm wird in enger Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen sowie mit Berufsverbänden und repräsentativen nichtstaatlichen Organisationen die Fortschritte koordinieren und bewährte Verfahren für die Verwirklichung der Ziele des Aktionsplans weitergeben.

79. Substanzmissbrauch und insbesondere der intravenöse Drogengebrauch sind Hauptquellen der Ausbreitung von durch Blut übertragenen Krankheiten in der Europäischen Region. Das Regionalbüro bietet Anleitung zur Opioidsubstitutionstherapie und erhebt Daten zur Behandlung. Es befasst sich gezielt mit besonderen Umfeldern wie dem Strafvollzug und gibt Orientierungshilfe in Bezug auf die gesundheitlichen Aspekte der Führung von Haftanstalten.

2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention

80. Verletzungen und Gewalt sind in der Europäischen Region nach wie vor die führende Todesursache unter Menschen zwischen 5 und 45 Jahren. Ferner stellen sie angesichts der Mortalitätsraten in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, die um das 2,4-fache höher sind als in Ländern mit hohem Einkommen, auch eine wichtige Ursache für Ungleichheiten im Gesundheitsbereich dar. Erfreulicher ist, dass im vergangenen Jahrzehnt ein Rückgang der Mortalität infolge aller Verletzungen um insgesamt 24% sowie der Mortalität infolge von Verkehrsunfällen um 28% zu verzeichnen war. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten mit regionsweiten wie nationalen Aktivitäten dabei unterstützen, die Handlungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu stärken, die Überwachung zu verbessern und eine evidenzgeleitete Programmplanung und Politik in den Bereichen Straßenverkehrssicherheit, Verletzungsprävention bei Kindern und Prävention zwischenmenschlicher Gewalt (mit Schwerpunkt auf der Verhütung von Kindesmisshandlung) auszuarbeiten. Diese Anstrengungen werden zur Erreichung der Zielvorgaben für die Europäische Region beitragen, wonach bis 2020 die Zahl der Verkehrstoten um 30% und die Zahl der Tötungsdelikte an Kindern um 20% gesenkt werden soll. Ein Resolutionsentwurf und ein Handlungskonzept mit dem Titel „In Kinder investieren: Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung“, die auf dem RC64 behandelt werden sollen, werden die Grundlage für einen Großteil der im Zeitraum 2016–2017 zu erbringenden Leistungen im Bereich Gewaltprävention bilden.

81. Für die genannten Arbeiten wird im Programmbereich Gewalt- und Verletzungsprävention im Zeitraum 2016–2017 insgesamt 16% weniger Haushaltskapazität zur Verfügung stehen als im Zeitraum 2014–2015. Diese Mittelkürzung ist durch eine Verlagerung des Schwerpunkts auf andere nichtübertragbare Krankheiten bedingt.

2.4 Behinderung und Rehabilitation

82. Für die Europäische Region der WHO ist der Tehemkomplex Behinderungen ein Anliegen, da die Prävalenz in den Mitgliedstaaten zwischen 4% und 21% liegt und auf 100

Einwohner 6 bis 10 mit Behinderungen gelebte Personennjahre entfallen. Diese Zahl wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der zunehmenden Prävalenz von nichtübertragbaren Krankheiten und von Verletzungen in der Europäischen Region voraussichtlich noch ansteigen. Behinderung ist ein Themenbereich, in dem die grundlegenden Werte des Regionalbüros, nämlich soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, Chancengleichheit und Politiksteuerung, zum Ausdruck kommen; „Gesundheit 2020“ bietet einen ausgezeichneten Rahmen zu ihrer Verwirklichung. Das Regionalbüro wird sich auf regionsweiter und nationaler Ebene dabei engagieren, die Länder bei der Umsetzung des *globalen Aktionsplans der WHO für mehr Gesundheit für Menschen mit Behinderungen (2014–2021)* durch fachliche Anleitung und Hilfe beim Kapazitätsaufbau innerhalb des Rahmens zu unterstützen, der durch eine 30-prozentige Verringerung des Programmbudgets für diesen Bereich im Zeitraum 2016–2017 gegenüber 2014–2015 vorgegeben ist.

2.5 Ernährung

83. Die Zunahme von Bewegungsmangel unter Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region ist besorgniserregend. Aus der *Analyse zur globalen Krankheitslast im Jahr 2010* geht hervor, dass in der Ernährung der Menschen die wichtigsten Risikofaktoren liegen, die Gesundheit und Wohlbefinden in jedem Mitgliedstaat der Region bedrohen können. Mit einer gesunden Ernährung kann auch anderen Formen der Fehlernährung wie Mikronährstoffmangel vorgebeugt werden, insbesondere bei anfälligen Gruppen. In der Europäischen Region wird der Schwerpunkt auf der Umsetzung der *Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020* liegen; ein besonderes Augenmerk gilt hierbei den Bereichen Chancengleichheit und Politiksteuerung.

84. Trotz der Lage in der Europäischen Region ist geplant, den Etat für diesen Programmbereich im Zeitraum 2016–2017 aufgrund miteinander konkurrierender Prioritäten (innerhalb der Kategorie nichtübertragbare Krankheiten) um 21% zu kürzen. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro den Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) und die künftige Europäische Strategie für Bewegung und Gesundheit im Einklang mit dem globalen und dem europäischen Rahmen für nichtübertragbare Krankheiten umsetzen, und zwar durch:

- eine Analyse der Ausarbeitung und Umsetzung von Konzepten in den Mitgliedstaaten: Folgenabschätzung in allen in „Gesundheit 2020“ genannten Bereichen (z. B. ökonomische Instrumente zur Förderung einer gesunden Ernährung, Vermarktung von Lebensmitteln mit hohem Gehalt an Fett, Zucker und Salz, Salzreduktion, Einstellung der Verwendung von Transfettsäuren, Förderung des Stillens und angemessenen Zufütterns, Prävention von Adipositas im Kindesalter und Bewegungsförderung);
- Länderprofile, Grundsatzpapiere und fachlichen Rat im Hinblick auf die Erfüllung der Zielvorgaben für die Salzreduktion, die Einstellung der Verwendung von Transfettsäuren, die Beseitigung der Adipositas im Kindesalter, die Förderung des Stillens und einer gesunden Ernährung von Müttern, die Verringerung des Bewegungsmangels sowie die Beratung und die Früherkennung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten in Verbindung mit schlechter Ernährung und Bewegungsmangel;
- Instrumente und Maßnahmen mit dem Ziel, Ungleichheiten in Bezug auf Ernährung und Bewegung abzubauen, Verhaltensänderungen zu begleiten, eine Einstellung der Verwendung von Transfettsäuren zu erreichen, an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung zu kontrollieren und über die Annahme einschlägiger Handlungskonzepte Bericht zu erstatten.

85. Um die genannten Werte im Rahmen eines Haushalts für 2016–2017 zu erreichen, dessen Wachstum gegenüber 2014–2015 Null beträgt, konnten Aktivitäten und Projekte aus dem Bottom-up-Planungsverfahren mit einem Kostenumfang von etwa 5,6 Mio. US-\$ nicht in

Kategorie 2 berücksichtigt werden. So werden die Länder konkret in mehreren Programmbereichen der Kategorie 2 nur begrenzte Unterstützung für Veranstaltungen zum Kapazitätsaufbau, die Durchführung nationaler Erhebungen und die Umsetzung von Aktionsplänen und länderspezifischen Projekten erhalten. Um dem Programmbereich Nichtübertragbare Krankheiten mehr Gewicht zu verleihen, werden die Etats für die vier verbleibenden Programmbereiche der Kategorie 2 gegenüber dem Zeitraum 2014–2015 gekürzt.

Tabelle 4: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–15 für Kategorie 2 (Nichtübertragbare Krankheiten) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regional- büro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regional- büro für Europa insgesamt	
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	4,1	10,6	14,7	11,1	9,7	20,8	41%
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	1,8	3,8	5,6	2,9	2,2	5,1	–9%
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention	2,9	6,2	9,2	2,2	5,5	7,7	–16%
2.4 Behinderung und Rehabilitation	0,7	0,1	0,7	0,4	0,1	0,5	–30%
2.5 Ernährung	0,2	2,4	2,6	0,3	1,8	2,1	–21%
Kategorie 2 insgesamt	9,7	23,1	32,8	16,9	19,2	36,1	10%

Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

86. Die Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch einen Lebensverlaufansatz bilden einen festen Bestandteil des gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“, und für den Zeitraum 2016–2017 ist eine Integration der globalen Strategien zur Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf mit den in „Gesundheit 2020“ dargelegten Zielen, Werten und Grundsätzen der Europäischen Region vorgesehen.

87. Die Kategorie 3 weist vielerlei Querverbindungen zu anderen Programmen der WHO auf, etwa den Programmen für übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, Impfstoffe, Ernährung und integrierte bürgernahe Gesundheitsangebote zur Senkung der Mortalität und Morbidität von Müttern und Kindern. Darüber hinaus tragen die Arbeiten in dieser Kategorie, die die Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf und ressortübergreifende Fragen wie die sozialen Determinanten von Gesundheit, Gesundheit und Umwelt, Gleichstellungsaspekte, Chancengleichheit und Menschenrechte umfasst, im Einklang mit „Gesundheit 2020“ zu den Anstrengungen in allen anderen Kategorien bei und profitieren umgekehrt von diesen. Insbesondere sind sie untrennbar mit der Ausarbeitung ressortübergreifender nationaler Gesundheitskonzepte und der Einführung gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansätze für Gesundheit und Wohlbefinden verbunden. Die Analyse und Überwachung dieser Querschnittsbereiche in sämtlichen Programmbereichen der WHO und in den Ländern wird entscheidend sein, wenn es darum geht, dem global ertönenden Ruf nach Chancengleichheit und Menschenrechten in der Agenda für die Zeit nach 2015 nachzukommen.

3.1 Reproduktionsgesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen

88. Für die weitere Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region ist eine Umstellung auf einen gesamtstaatlichen Ansatz und umfassende Handlungskonzepte erforderlich, die eine ausgewogene Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden in diesen Altersgruppen gewährleisten. Obwohl in allen Teilen der Europäischen Region bereits Maßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eingeführt wurden, kann noch weit mehr getan werden, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern und Ungleichheiten abzubauen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen bringen Investitionen in Kinder und Jugendliche, vor allem in den entscheidenden ersten drei Lebensjahren, einen ökonomischen und sozialen Nutzen, der weit über die rein gesundheitlichen Resultate hinausgeht.

89. Zur Europäischen Region gehören Länder mit den niedrigsten Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten weltweit, doch liegt die höchste Rate eines Landes für die Mortalität bei Kindern unter fünf Jahren 25-mal höher als die in den Ländern mit den niedrigsten Raten. Die Hälfte der in der Europäischen Region verzeichneten Todesfälle während der ersten fünf Lebensjahre treten im ersten Lebensmonat auf. Über die Determinanten der Gesundheit von Jugendlichen ist heute deutlich mehr bekannt: Die sozialen Wertvorstellungen und Normen des unmittelbaren familiären und des schulischen Umfelds sowie der Gleichaltrigen können die Jugendlichen entweder gefährden oder ihnen Schutz bieten. Die Herausforderung für die Politik besteht darin, die Balance zwischen Risiko und Schutz so zu verschieben, dass Wohlbefinden gefördert und potenziell gesundheitsschädliches Verhalten verhindert wird.

90. Im Zeitraum 2016–2017 wird der Schwerpunkt darauf liegen, die Länder bei der Heranziehung der *Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen* für die Aus- bzw. Überarbeitung nationaler Konzepte zu unterstützen. Die Verbesserung des Zugangs zu hochwertigen Angeboten bildet nach wie vor einen wichtigen Schwerpunkt, ebenso wie die Verbesserung der Gesundheitssysteme.

91. Die Indikatoren für die sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Europäischen Region, etwa die Müttersterblichkeit, die Zahl unsachgemäßer Schwangerschaftsabbrüche und die Geburtenrate bei Jugendlichen, haben sich sämtlich verbessert, doch bestehen zwischen und innerhalb von Ländern weiterhin beträchtliche Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit von Müttern, die Familienplanung und die sexuelle Gesundheit. Die Ungleichheiten in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit beginnen bereits im Jugendalter mit Diskrepanzen beim Zugang zu Gesundheitserziehung und -aufklärung und zu jugendgerechten Angeboten. Die Verbesserung des Zugangs zu Informationen und Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist einer der zentralen Grundsätze von „Gesundheit 2020“.

92. Die Qualität der Versorgung von Müttern und Neugeborenen vor, während und nach der Geburt ist in der Europäischen Region breit gefächert. Ihr Spektrum reicht von Übermedikation und einem hohen Anteil von Eingriffen wie Kaiserschnitten bis hin zum Fehlen eines Zugangs zur Notfallversorgung und den daraus resultierenden hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei Müttern.

93. Das Regionalbüro wird im Zeitraum 2016–2017 vor die wichtige Aufgabe gestellt sein, ein Strategiedokument für die Europäische Region auszuarbeiten, in dem die jüngsten Trends und Forschungsdaten miteinander verknüpft werden und gleichzeitig die Herbeiführung eines flächendeckenden Zugangs für alle zu Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit angestrebt wird. Dabei muss marginalisierten und gefährdeten Gruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3.2 Altern und Gesundheit

94. Die Europäische Region der WHO weist von allen Regionen der Welt den höchsten Altersmedian auf. In vielen Ländern altert die Bevölkerung rapide, wobei die Altersgruppe der über 80-Jährigen das schnellste Wachstum verzeichnet. Politische Initiativen in Bezug auf das Thema Altern gewinnen in der Europäischen Region rapide an Bedeutung, und Altern wird zunehmend als ressortübergreifende Grundsatzfrage thematisiert, die verschiedene Bereiche des Staates und eine große Vielfalt von Akteuren zusammenführt, womit einem zentralen Grundsatz von „Gesundheit 2020“ Rechnung getragen wird.

95. Dementsprechend ist die Nachfrage der Mitgliedstaaten nach Unterstützung durch das Regionalbüro bei der Gestaltung ihrer Konzepte für gesundes Altern gestiegen. Auch im Zeitraum 2016–2017 wird der Schwerpunkt der Anstrengungen darauf liegen, die Länder bei der Gestaltung oder Überprüfung nationaler Strategien, Konzepte und Aktionspläne zum Thema Altern zu unterstützen, insbesondere auf der Grundlage des Dokuments *Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)*. Dabei werden die unterschiedlichen Kapazitäten der Gesundheits- und Sozialsysteme der Mitgliedstaaten für die Unterstützung der alternden Bevölkerung ebenso berücksichtigt wie die zwischen und innerhalb von Ländern bestehenden großen Unterschiede in Bezug auf die übergeordneten sozialen Determinanten für ein gesundes und erfolgreiches Altern.

96. Das Regionalbüro wird weiterhin Instrumente für die Schaffung altersgerechter und unterstützender Umfelder bereitstellen und bewährte Verfahren weitergeben und an Reformen der Gesundheitssysteme mitwirken, die eine besser koordinierte und integrierte Versorgung und eine Verbesserung der Qualität der Angebote für ältere Menschen sowie des Zugangs dazu ermöglichen sollen.

97. Der Bereich der Verfolgung der Fortschritte bei der Umsetzung von Konzepten für gesundes Altern, der Beispiele für gute Praxis und des grenzüberschreitenden Austauschs von Konzepten zur Bereitstellung von Evidenz für weiter reichende Maßnahmen weist ein Defizit gegenüber anderen Bereichen der Gesundheitspolitik auf. Daher soll im Zeitraum 2016–2017 weiter an der Entwicklung systematischer Ansätze für den Austausch von Erkenntnissen zur Politikgestaltung gearbeitet werden.

98. Infolge der Etatkürzung für diesen Programmbereich (in Höhe von 8% gegenüber 2014–2015) ist ein wichtiges für 2017 angestrebtes Ziel gefährdet: eine umfassende Bestandsaufnahme der Entwicklungen in den Mitgliedstaaten in Bezug auf Konzepte für gesundes Altern. Dies beinhaltet auch die Verfolgung der Umsetzung der *Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern (2012–2020)* sowie unterstützend die Abhaltung einer allen Mitgliedstaaten offen stehenden Fachtagung.

3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte

99. Eine konsequente Verfolgung der strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ – Verbesserung der Gesundheit für alle, Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten und Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit – ist nur möglich, wenn die Unterstützung, die die WHO den Ländern bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ gewährt, unter Berücksichtigung von Fragen der Gleichstellung, der Chancengleichheit und der Menschenrechte erfolgt.

100. Die Mitgliedstaaten sollen konkret durch folgende Maßnahmen unterstützt werden: a) Anwendung der Komponente „Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte“ aus dem Umsetzungspaket für „Gesundheit 2020“ auf Gesundheitskonzepte; b) Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte in die Fahrpläne für

„Gesundheit 2020“; und c) systematische Berücksichtigung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte in der gesamten Arbeit des Regionalbüros, einschließlich des Beobachtungs- und Evaluationsrahmens. Fragen der Gleichstellung, der Chancengleichheit und der Menschenrechte haben sich als geeigneter Ansatzpunkt für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen erwiesen. Im Mittelpunkt der Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2016–2017 wird daher die Dokumentierung bewährter Verfahren zur Festlegung einer solchen Politik stehen. Ein besonderes Augenmerk soll den gesundheitlichen Folgen von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern sowie von Menschenrechtsverletzungen gelten; zu diesen Folgen gehören u. a. geschlechtsspezifische Gewalt und Probleme in Bezug auf reproduktive und sexuelle Gesundheit.

101. Infolge der Kürzung der Mittelzuweisung für diesen Bereich im Programmhaushalt 2016–2017 um 17% gegenüber dem PB 2014–2015 wird das Regionalbüro in seiner Fähigkeit beeinträchtigt sein, die Länder bei der Durchführung von Projekten zur Förderung von gleichstellungs- und menschenrechtsorientierten Ansätzen für mehr Chancengleichheit und eine bessere Politiksteuerung für die Gesundheit zu unterstützen und den interinstitutionellen Verpflichtungen der WHO im Rahmen der VN-weiten Aktionspläne für Gleichheit zwischen den Geschlechtern und für Menschenrechte sowie des Aktionsplans „Rights up front“ nachzukommen. Gleichzeitig stellt dieser Bereich ein zentrales Anliegen von „Gesundheit 2020“ und damit eine Priorität in der gesamten Arbeit zur Umsetzung dieses Rahmenkonzepts dar. Deshalb sind in diesem Bereich weniger direkte Investitionen in die Programme erforderlich, da die maßgeblichen Ziele Bestandteil der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sind.

3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit

102. Ein entscheidender Ansatz für die Förderung der Gesundheit, den Abbau von Unterschieden bei der Chance auf ein gesundes Leben und die Verringerung der Risiken und Folgen von unzureichender Gesundheit besteht in einem systematischen Ansetzen an den sozialen Determinanten. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind in allen wichtigen Bereichen staatlicher Politik anzutreffen und berühren alle Programmbereiche. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten eine speziell auf ihre Bedürfnisse und Prioritäten zugeschnittene Unterstützung: a) beim Ausbau der Kapazitäten der Gesundheitssysteme auf allen Ebenen; b) bei der Verbesserung der Entscheidungsprozesse; c) bei der Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen im Hinblick auf die Verbesserung der Umsetzung und Überwachung gemeinsamer Maßnahmen, die an den sozialen Determinanten von Gesundheit und Chancengleichheit ansetzen.

103. In vielen Ländern stehen bestimmte Bevölkerungsgruppen vor Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind in Bezug auf ihren Gesundheitsstatus vermeidbaren Benachteiligungen ausgesetzt. Das Regionalbüro reagiert auf diese Situation durch fachliche Hilfe bei der Förderung der Gesundheit dieser Gruppen, unter anderem indem es auch 2016–2017 einen Schwerpunkt auf die Roma-Bevölkerung legt, und zwar durch Bereitstellung eines bedarfsorientierten Kapazitätsaufbauprogramms für Gesundheitsfachkräfte und Vertreter der Zivilgesellschaft der Roma.

104. Aufgrund der geplanten Kürzung des Haushalts für diesen Programmbereich um 8% wird das Regionalbüro nur eingeschränkt in der Lage sein, das Programm „Anfälligkeit und Gesundheit“ (Migranten und Roma) und das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk für Gesundheit und inklusives Wachstum zu unterstützen.

3.5 Gesundheit und Umwelt

105. Schätzungen zufolge sind die umweltbedingten Determinanten von Gesundheit für etwa 20% der gesamten Mortalität und bis zu 25% der gesamten Krankheitslast verantwortlich, wobei sich jeweils ein Großteil der Gesamtlast ungleichmäßig auf die geografischen, demografischen, soziokulturellen und sozioökonomischen Untergruppen verteilt. Dies führt zu hohen Kosten und einem beträchtlichen Verbrauch von Ressourcen, verhindert die Verwirklichung eines Optimums an Gesundheit und Wohlbefinden und untergräbt die soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Das Regionalbüro wird das Thema Umwelt und Gesundheit weiter im Rahmen des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa (EHP) angehen, für den es seit 1989 das Sekretariat stellt. Der EHP bietet eine ressortübergreifende Plattform für die Präsentation und Erläuterung von „Gesundheit 2020“ sowie für die Lobbyarbeit zu dem Rahmenkonzept.

106. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten und Partnern eine Verständnis- und Orientierungshilfe für die Komplexität der Thematik Umwelt und Gesundheit und unterstützt sie anhand der besten verfügbaren Erkenntnisse dabei, in verschiedenen Politikbereichen auf nationaler und internationaler Ebene Konzepte und Maßnahmen zu bestimmen, die der Umwelt und der menschlichen Gesundheit zugute kommen. Die WHO wird nach Nachweisen für Veränderungen in Konsummustern suchen, umweltverträgliche Entwicklungen in anderen Politikbereichen fördern und im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit neuen und sich abzeichnenden Problemstellungen, insbesondere im Zusammenhang mit dem Klimawandel, beraten.

107. Im Zeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro Bewertungen durchführen, Instrumente ausarbeiten und die Kapazitäten ausweiten, um folgende Themenbereiche zu beobachten und in Angriff zu nehmen: Luftverschmutzung, Klimawandel, Wasser und Sanitärversorgung, Chemikaliensicherheit, Lärmbelastung, Wohnen, Gesundheitsaspekte des Verkehrs, Belastung der Bevölkerung in kontaminierten Gebieten sowie Umwelt und Gesundheit in Notlagen (im Zusammenwirken mit Kategorie 5). Auf der Ebene der Länder wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei der Einhaltung ihrer Verpflichtungen im Rahmen des EHP sowie einschlägiger multilateraler Umweltübereinkommen unterstützen. Eine wichtige Aufgabe wird in der Vorbereitung der Sechsten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit bestehen.

108. Um die genannten Werte im Rahmen eines Haushalts für 2016–2017 zu erreichen, dessen Wachstum gegenüber 2014–2015 Null beträgt, konnten Aktivitäten aus dem Bottom-up-Planungsverfahren mit einem Kostenumfang von etwa 3,6 Mio. US-\$ nicht in Kategorie 3 berücksichtigt werden. Eine Verringerung der Kapazitäten wird in Bezug auf die Unterstützung der Länder in allen Programmbereichen der Kategorie 3 greifen.

Tabelle 5: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–15 für Kategorie 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regional- büro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regional- büro für Europa insgesamt	
3.1 Reproduktions- gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	3,6	3,4	7,0	3,5	3,5	7,0	0%
3.2. Altern und Gesundheit	0,1	1,4	1,5	0,4	1,0	1,4	-8%
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	0,2	1,2	1,4	0,1	1,1	1,2	-17%
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	1,0	6,5	7,5	1,8	5,1	6,9	-8%
3.5 Gesundheit und Umwelt	2,4	20,3	22,7	4,5	17,0	21,5	-5%
Kategorie 3 insgesamt	7,3	32,8	40,1	10,3	27,7	38,0	-5%

Kategorie 4: Gesundheitssysteme

109. Kategorie 4 umfasst ein breites Spektrum von Themenbereichen: die Umgestaltung der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheitsdienste zu bürgernahen, koordinierten und integrierten Gesundheitssystemen; gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Prozesse für die Ausarbeitung neuer ressortübergreifender nationaler Gesundheitskonzepte nach dem Vorbild von „Gesundheit 2020“; und Informationen, Evidenz, Forschung und Innovation im Gesundheitsbereich.

110. Als übergeordnetes Rahmenkonzept enthält „Gesundheit 2020“ Empfehlungen für Maßnahmen in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, darunter die Stärkung der Gesundheitssysteme, die einen der vier Handlungsschwerpunkte bildet. „Gesundheit 2020“ bietet eine Vision für die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme durch innovative Ansätze zur Stärkung ihrer zentralen Funktionen und stellt gleichzeitig einen neuerlichen Versuch dar, nicht nur bürgernahe Lösungen aufzuzeigen, sondern auch Modalitäten für die Gesundheitsfinanzierung, die gegenüber Konjunkturreinbrüchen unempfindlich sind.

111. Die Nachfrage der Mitgliedstaaten nach Unterstützung in den komplexen Bereichen der Kategorie 4 wird immer größer, da infolge der Wirtschaftskrise und rigoroser Sparmaßnahmen Druck auf ihren Haushalten lastet und sie außerdem die Hebelwirkung eines Ansetzens an den allgemeineren Determinanten von Gesundheit auf gesundheitliche Resultate und Ungleichgewichte erkennen.

4.1 Nationale Gesundheitskonzepte und -pläne

112. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region stärken ihre nationalen Gesundheitskonzepte und -strategien, um den Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit eine Richtung zu geben und mehr Kohärenz zu verleihen. In den vergangenen Jahren haben 42 Länder im Rahmen ihrer nationalen Gesundheitsstrategien und -pläne weiter gefasste Ziele und Vorgaben für ihre Gesundheitssysteme festgelegt, 31 Mitgliedstaaten haben die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme anhand eines umfassenden Katalogs von Indikatoren auf der Systemebene gemessen, und mindestens 20 Mitgliedstaaten haben mittels verschiedener Formate eine systematische Bestandsaufnahme der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme durchgeführt. Teilweise wurden solche Leistungsüberprüfungen explizit mit nationalen Gesundheitsstrategien und -plänen verknüpft, andere wurden separat durchgeführt, etwa Leistungsbewertungen in Gesundheitssystemen.

113. Für den Zeitraum 2016–2017 ist eine Zunahme des Bedarfs an Unterstützung bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu erwarten. Dies belegt, dass viele Länder nun auf gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Konzepte für die Ausarbeitung neuer ressortübergreifender nationaler Gesundheitskonzepte setzen. Angesichts eines gekürzten Programmhaushalts für diesen Bereich im Zeitraum 2016–2017 wird es schwierig sein, dem Bedarf der Mitgliedstaaten an einer Ausweitung der Unterstützung gerecht zu werden.

114. Das Regionalbüro unterstützt die Ausarbeitung und Umsetzung ressortübergreifender nationaler Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne, unter anderem durch Hilfe bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie durch strategische und fachliche Führungskompetenz in Bezug auf Politiksteuerung für mehr Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit, insbesondere mit Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit, Gleichstellungsfragen, Menschenrechtsaspekte und Anfälligkeiten. Zudem koordiniert das Regionalbüro das Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO sowie das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“.

115. Das Regionalbüro erteilt strategischen Rat für politische Entscheidungsträger, die ihre Politik an „Gesundheit 2020“ ausrichten und nationale und subnationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne mittels ressortübergreifender, gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansätze ausarbeiten wollen. Die Mitgliedstaaten erhalten fachliche Hilfe beim Aufbau von Kapazitäten für die Abwicklung des gesamten Politikzyklus: von der Ausarbeitung über die Umsetzung und Überwachung bis hin zur Bewertung und Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse in der nächsten Entwicklungsphase.

116. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region sind auf dem Weg zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung unterschiedlich weit vorangekommen, jedoch in dem Bestreben vereint, die Gesundheit und die Absicherung vor finanziellen Risiken zu verbessern, indem sie sich um Fortschritte auf diesem Weg und um Bewahrung der bisherigen Errungenschaften bemühen. Infolge des Konjunkturabschwungs in jüngster Zeit sind selbst die am höchsten entwickelten Länder der Europäischen Region stärker für die gesundheitlichen und sozialen Folgen von Versorgungslücken sensibilisiert.

117. Weitere Prioritäten bestehen darin, neue Evidenz zur finanziellen Absicherung in der Europäischen Region zu gewinnen, um zur globalen Berichterstattung über die allgemeine Gesundheitsversorgung beizutragen und die konzeptionelle Arbeit auf nationaler Ebene zu unterstützen. Dies beinhaltet auch die Erstellung von Schätzwerten mittels der standardisierten WHO-Methodik sowie die Entwicklung neuer und innovativer Ansätze mit dem Ziel, auch für Länder mit hohem Einkommen die Relevanz von Indikatoren für die finanzielle Absicherung zu steigern. Die fachliche Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme mit dem Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung wird auch auf den Erkenntnissen aufbauen, die bei den als

Pilotprojekt durchgeführten Bewertungen der Herausforderungen für Gesundheitssysteme auf dem Weg zu besseren Ergebnissen im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten gewonnen wurden. Zur Verbesserung der Versorgung und der gesundheitlichen Resultate ist geplant, Engpässe in Gesundheitssystemen zu analysieren.

4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsversorgung

118. Eine alternde Bevölkerung mit multiplen Komorbiditäten, neue und wiederkehrende Krankheiten und chronische Krankheiten stellen das Gesundheitswesen in allen Ländern der Europäischen Region der WHO vor Herausforderungen. Die zunehmende Angebotsdichte im Gesundheits- und Sozialwesen hat eine Fragmentierung und auch Orientierungslosigkeit bei Patienten und ihren Angehörigen zur Folge. Die Kompetenz des Gesundheitspersonals und künftiger Führungskräfte muss im Hinblick auf die Bereitstellung hochwertiger Dienste kontinuierlich verbessert werden. Die meisten Mitgliedstaaten haben damit begonnen, sich diesen Herausforderungen zu stellen, indem sie die Koordinierung der Anbieter verbessern und die Angebote miteinander verknüpfen; allerdings ist hier die Nachhaltigkeit häufig ein Problem.

119. Angesichts dieser Situation wird das Regionalbüro die folgenden strategischen Stoßrichtungen verfolgen: Management der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, zugängliche Leistungen bereitzustellen; Gewährleistung der Inklusivität der Leistungen während des gesamten Lebensverlaufs; Koordinierung und Integration der Anbieter; laufende Leistungsverbesserung im Hinblick auf eine hochwertige Leistungserbringung. Diese Ausrichtung beruht auf den Grundsätzen und Werten des Ansatzes der primären Gesundheitsversorgung und der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Rahmen von „Gesundheit 2020“.

120. Im Zeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro einen regionsweiten Handlungsrahmen für die abgestimmte, integrierte Erbringung von Gesundheitsleistungen ausarbeiten, um die *Globale Strategie der WHO für eine bürgernahe und integrierte Gesundheitsversorgung* zu operationalisieren, und den Ansatz der primären Gesundheitsversorgung mit neuem Leben erfüllen, um die Maßnahmen zugunsten einer allgemeinen Gesundheitsversorgung auszuweiten; und es wird Herausforderungen bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen angehen, die bessere Resultate im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und der MDR-/XDR-Tb verhindern.

121. Das Regionalbüro wird eine Halbzeitbilanz für den *Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit* aufstellen und auf eine kontinuierliche Umsetzung des Plans sowie der darin enthaltenen zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (EPHO) in den Mitgliedstaaten hinarbeiten. Zur Stärkung der Durchführung der EPHO werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Unterstützung für Bewertungen der öffentlichen Gesundheit in den Ländern; Ausweitung des Fachkräfteangebots im Bereich der öffentlichen Gesundheit (EPHO 7); Unterstützung bei der Umgestaltung der Organisationsstrukturen und Verbesserung der Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsdienste (EPHO 8); und Verbesserung der Kommunikation im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der sozialen Mobilisierung (EPHO 9). Als vorrangiges Ziel soll die Neubelebung des Themas öffentliche Gesundheit als Teil der Umgestaltung der Gesundheitssysteme in Ländern, die zu rigorosen Sparmaßnahmen gezwungen sind, angegangen werden.

122. In Bezug auf das Gesundheitspersonal wird das Regionalbüro den Mitgliedstaaten dabei behilflich sein, das Wissen über Gesundheitsfachkräfte in den Ländern sowie auf regionsweiter und internationaler Ebene auszubauen, wobei die Schwerpunkte auf der Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte und dem Themenkomplex Migration liegen werden. Diese Erkenntnisse werden in die Formulierung, Umsetzung und Bewertung personalpolitischer Konzepte, Strategien und Pläne im Gesundheitswesen einfließen, die ihrerseits zur Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs im Einklang mit „Gesundheit 2020“ beitragen sollen.

Im Zeitraum 2016–2017 sollen die Mitgliedstaaten in vier für die Europäische Region zentralen Arbeitsbereichen Unterstützung erhalten: bei der Umsetzung des *Globalen Verhaltenskodexes der WHO zur grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitsfachkräften*; bei der Ausbildung von Personal für Gesundheitsinformationssysteme und Gesundheitsobservatorien; bei der Neugestaltung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften; und bei der Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens.

4.3 Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten

123. Arzneimittelpolitische Konzepte sind wesentlich für die Kursbestimmung und die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Zugang und Kostenwirksamkeit. Zahlreiche neue Therapien gelangen auf den Markt, doch gleichzeitig stellen diese Angebote eine Belastung für die Gesundheitssysteme dar, was bisweilen an der Komplexität ihrer Nutzung und allgemein an ihrem hohen Preis liegt. Es werden Systeme und Prozesse benötigt, die der Steuerung von Angebot und Nachfrage bei medizinischen Produkten dienlich sind, u. a. durch Optimierung der Einführung neuer Arzneimittel zur Deckung des wachsenden Bedarfs. Die Länder benötigen Unterstützung bei der Festlegung von Konzepten für den optimalen Gebrauch von Generika und generell den angemessenen Gebrauch von Arzneimitteln. Übermäßige Arzneimittelausgaben sind in den meisten Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie in Schwellenländern nach wie vor ein zentrales Problem, das Entscheidungsträger vor erhebliche Herausforderungen und Dilemmata im Hinblick auf künftige Nachhaltigkeit stellt. Deshalb gilt es, die Systeme, die ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Ausgaben für medizinische Produkte und ihrem Nutzen gewährleisten, zu optimieren, da es derzeit in vielen Ländern zu beträchtlicher Mittelverschwendung und Unwirtschaftlichkeit kommt. Alle diese Themen spiegeln sich in der wachsenden Nachfrage der Mitgliedstaaten nach Unterstützung durch die WHO in diesem Programmbereich wider.

124. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten bei der Überzeugungsarbeit, der Vernetzung und der fachlichen Beratung unterstützen, damit sie den Zugang zu unentbehrlichen, hochwertigen Arzneimitteln verbessern können und damit allmählich dem Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung näher kommen. Die Gesundheitssysteme sollen durch folgende Maßnahmen gestärkt werden: die Verbesserung der Arzneimittelpolitik samt Preisgestaltung und Kostenerstattung, einschließlich der Gesundheitstechnologiebewertung; die Förderung der Konvergenz bei der Regulierung und die Stärkung der regulatorischen Kapazitäten in Nicht-EU-Ländern mit Augenmerk auf der Einhaltung bewährter Produktionsverfahren; und den Aufbau von Kapazitäten für Inspektions- und Arzneimittelüberwachungssysteme. Zusätzlich wird die Surveillance des Verbrauchs antimikrobieller Mittel im Einklang mit dem *Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region* und auf der Grundlage anderer einschlägiger Studien zum Gebrauch von Arzneimitteln fortgesetzt, um den Politikgestaltern gesicherte Erkenntnisse an die Hand zu geben. Zur Förderung der umsichtigen Verwendung antimikrobieller Mittel sollen innovative Ansätze erkundet werden, die auf eine bessere Überwachung und Evaluation des Arzneimittelgebrauchs (u. a. durch Arzneimittelüberwachungssysteme) abzielen. Auch Innovationen in der Zusammenarbeit mit Partnern sollen Priorität erhalten, um Arzneimittel und Gesundheitstechnologien erschwinglicher zu machen.

4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz

125. Zwar ist Europa wahrscheinlich die WHO-Region mit dem größten Datenreichtum, doch wirken sich die mangelhafte Harmonisierung bei der Zusammenstellung, Analyse und Auswertung der Daten und ihrer Nutzung für die Politikgestaltung sowie die mangelhafte Integration der Gesundheitsinformationssysteme auf nationaler Ebene erschwerend auf die

Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und die Überwachung der darin enthaltenen Ziele und Indikatoren aus.

126. Die wichtigste strategische Stoßrichtung des Regionalbüros für 2016–2017 wird darin bestehen, die systematische Zusammenstellung und Analyse von Evidenz für eine Nutzung in der Entscheidungsfindung im Rahmen von „Gesundheit 2020“ zu verbessern und zu vereinheitlichen, indem die bestehenden Gesundheitsinformationssysteme innerhalb der Länder jeweils vollständig zusammengeführt werden. Dies erfordert harmonisierte Gesundheitsinformationsstrategien.

127. Das Regionalbüro hat mit Startkapital vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport der Niederlande die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative begründet, die die zentrale programmatische Stoßrichtung für 2016–2017 bilden wird. Sie soll auf die gesamte Europäische Region ausgeweitet werden und zur Schaffung eines einheitlichen, integrierten Europäischen Gesundheitsinformationssystems führen. Sie bildet das „Dach“ für alle Aktivitäten in diesem Bereich, darunter die Arbeit an den Indikatoren für neue Themengebiete aus „Gesundheit 2020“, wie die kulturellen Determinanten von Wohlbefinden und Fragen der Politikgestaltung. Das Herbstseminar zum Thema Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung wird im Zeitraum 2016–2017 jährlich stattfinden, um die Mitgliedstaaten beim Aufbau von Kapazitäten für die Überwachung von „Gesundheit 2020“ nachdrücklich zu unterstützen. Die Aktualisierung der Datenbank „Gesundheit für alle“ wird weiterhin eine Priorität sein; derzeit kommen über 90% der Länder Datenanforderungen nach. Das Gesundheitsinformationsportal des Regionalbüros, das 2014 ans Netz ging und Informationen gewissermaßen „aus einer Hand“ bietet, soll während des Zweijahreszeitraums evaluiert und verbessert werden, und der Europäische Gesundheitsbericht 2015 soll Anfang 2016 erscheinen. Er wird wahrscheinlich auf großes Interesse in den Medien stoßen, wie die Erfahrungen mit dem letzten Bericht zeigen, der 2013 zur am häufigsten heruntergeladenen und angeforderten Publikation des Regionalbüros wurde.

128. Das Regionalbüro wird weiter fachliche Unterstützung für die Bewertung und Verbesserung der Gesundheitsinformationssysteme in den Ländern anbieten, insbesondere in den Staaten Zentralasiens und Osteuropas, in denen 2014 ein neues Netzwerk für Gesundheitsinformationen (CARINFONET) in Betrieb genommen wurde. Auch die nationalen und regionsweiten Aktivitäten im Bereich eGesundheit sollen ausgeweitet werden, was auch Unterstützung für die Länder bei der Entwicklung einzelstaatlicher Strategien für eGesundheit und bei der Ermittlung von Technologielösungen zur Verbesserung des Gesundheitsmanagements und zur Ausarbeitung von Kompatibilitätsstandards beinhaltet. Es ist geplant, das regionsweite Netzwerk für Wissensumsetzung, das EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network), weiter auszubauen und eine neue Serie des Health Evidence Network (HEN) über Gesundheit und Migration aufzulegen. Der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) wird seine Tätigkeit fortsetzen.

129. Um die genannten Werte im Rahmen eines Haushalts für 2016–2017 zu erreichen, dessen Wachstum gegenüber 2014–2015 Null beträgt, konnten Aktivitäten und Projekte aus dem Bottom-up-Planungsverfahren mit einem Kostenumfang von etwa 16 Mio. US-\$ nicht in die Kategorie 4 berücksichtigt werden. Insbesondere werden keine ausreichenden personellen Kapazitäten dafür verfügbar sein, dem wachsenden Bedarf der Mitgliedstaaten nachzukommen und mehrere länderspezifische und ressortübergreifende Großprojekte durchzuführen.

Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen

130. Diese Kategorie umfasst die Stärkung der institutionellen Kapazitäten auf der nationalen wie internationalen Ebene im Hinblick auf Präventions-, Vorsorge- und Gegenmaßnahmen sowie Wiederaufbaumaßnahmen in Verbindung mit allen Arten von Gefahren, Risiken und Notlagen,

die eine Bedrohung für die menschliche Gesundheit darstellen. Die Kapazitäten für Gesundheitsmaßnahmen in Notlagen umfassen die in den *Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)* geforderten und solche, die für Naturkatastrophen und kriegerische Auseinandersetzungen typisch sind.

131. Zu dieser Kategorie gehören der Beitrag der WHO zu schnellen, wirksamen und berechenbaren Gegenmaßnahmen in akuten oder langwierigen Notlagen, die durch gesundheitsrelevante Risiken jedweder Art bedingt sind. Diese Kategorie umfasst auch die Beratung und Unterstützung für Länder, in denen Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial verbreitet sind, sowie zur Verteidigung des Status als poliofrei.

Tabelle 6: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–2015 für Kategorie 4 (Gesundheitssysteme) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	4,1	12,2	16,3	4,4	8,1	12,5	-23%
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsversorgung	6,4	7,6	14,0	5,3	7,1	12,4	-11%
4.3 Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	0,6	4,4	5,0	1,2	4,1	5,3	5%
4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	1,1	8,3	9,4	2,6	7,2	9,8	4%
Kategorie 4 insgesamt	12,3	32,5	44,8	13,5	26,5	40,0	-11%

5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten

132. Die Nachfrage aus den Mitgliedstaaten nach fachlicher Unterstützung durch die WHO ist in diesem Bereich groß. Obwohl die in der Europäischen Region vorhandenen Kapazitäten generell groß sind, wenden viele Länder die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005) nicht konsequent an, und die ressortübergreifende Abstimmung weist Defizite auf. Für das Jahr 2016 werden aus den Mitgliedstaaten nur wenige Anträge auf Fristverlängerung für den Ausbau der Kernkapazitäten erwartet.

133. Die Arbeit in diesem Bereich wird sich daher auf die Unterstützung der Mitgliedstaaten zur Erhaltung bzw. Erweiterung ihrer Kernkapazitäten nach den IGV (2005) konzentrieren. Angesichts der begrenzten Haushaltszuweisungen für diesen Arbeitsbereich und der Ressourcenknappheit werden die Schwerpunkte jedoch auf der Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Bewältigung konkreter Herausforderungen (z. B. in Häfen, an Flughäfen und an Grenzübergängen) sowie im Bereich der Risikokommunikation liegen. Für die begrenzte Zahl von Ländern, die einen weiteren Ausbau ihrer Kernkapazitäten benötigen, wird sich die Arbeit auf die Entwicklung nationaler Konzepte und Strategien, die Stärkung der Laborkapazitäten im Rahmen

der Initiative „Better labs for better health“ sowie die Ausweitung der Reaktionskapazitäten für den Fall eines Krankheitsausbruchs konzentrieren.

134. Das Regionalbüro wird weiter eine ereignisbasierte epidemiologische Überwachung und Risikobewertung für alle 55 Vertragsstaaten der IGV (2005) im geografischen Gebiet der Europäischen Region betreiben und das Verständnis und die Anwendung der entsprechenden Verfahren und Einrichtungen der WHO weiter fördern. Die Koordinierung der internationalen Abwehrmaßnahmen und die Bereitstellung von Spitzenkapazitäten für Länder mit entsprechendem Bedarf in gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite werden in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und ihren Dienststellen fortgesetzt.

5.2 Krankheiten mit Epidemie- oder Pandemiepotenzial

135. Die Aufrechterhaltung der Kapazitäten für epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen ist entscheidend für die frühzeitige Entdeckung und Eindämmung von Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial. Im westlichen Teil der Europäischen Region verfügen die meisten Länder über belastbare Systeme für die epidemiologische Überwachung und für Gegenmaßnahmen, doch im östlichen und dem südöstlichen Teil ist die Überwachung schwerer Grippeinfektionen und Atemwegserkrankungen unzureichend bis nicht vorhanden. Nur wenige Mitgliedstaaten haben die Zielvorgaben der WHO für die Impfung besonders gefährdeter Gruppen gegen die saisonale Grippe erreicht, und der Zugang zu Pandemieimpfstoffen ist begrenzt. In mehreren Mitgliedstaaten gibt es immer noch kein von der WHO anerkanntes nationales Grippezentrum.

136. Die Aktivitäten des Regionalbüros auf Ebene der Region sowie der Länder werden sich auf die Verbesserung von Vorsorge- und Reaktionsmaßnahmen gegen die saisonale Grippe und die Vorbereitung auf die nächste Influenzapandemie oder auf Atemwegserkrankungen infolge anderer, neu auftretender Erreger wie des MERS-Co-Virus (Middle East respiratory syndrome coronavirus) konzentrieren. Dazu zählt die Unterstützung der Pandemievorsorge und des Aufbaus von Kapazitäten für epidemiologische Überwachung, Laboranalyse und Gegenmaßnahmen im Falle eines Ausbruchs. Die WHO unterstützt die Abschätzung der Krankheitslast, Impfprogramme und das klinische Management schwerer durch das Grippevirus verursachter Erkrankungen. Die Arbeit der WHO in Abstimmung mit der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten im Rahmen des EuroFlu-Netzwerks der WHO wird entscheidend dazu beitragen, die Kapazitäten auf Ebene der Europäischen Region und der Länder zur epidemiologischen Überwachung und Abwehr der Grippe als Bestandteil des Global Influenza Surveillance and Response System aufrechtzuerhalten.

137. Das Ziel der Arbeit in den Bereichen Ausbruchsbekämpfung und Pandemievorsorge wird für die Länder darin bestehen, allgemeine derartige Kapazitäten für Grippe und jeden anderen neuartigen Erreger von Atemwegserkrankungen beim Menschen aufzubauen. Die Partnerschaft zum Planungsrahmen für die pandemische Influenza (PIP) ermöglicht dem Regionalbüro eine intensivere Unterstützung für die Mitgliedstaaten, doch da dieser Planungsrahmen im Zweijahreszeitraum 2014–2015 außerhalb des zentralen Programmhaushalts angesiedelt ist, wird künftig für die Umsetzung, Beobachtung und Rückmeldung über die damit verbundenen Aktivitäten zusätzliche Kernhaushaltskapazität erforderlich sein.

138. Antimikrobielle Resistenzen bedrohen zusehends die Gesundheit in der gesamten Europäischen Region. Zwar wurden bei der Bekämpfung gewisser Resistenzen (z. B. Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) in Gesundheitseinrichtungen im westlichen Teils der Region Fortschritte erzielt, doch entstehen neue resistente Stämme. Im Osten der Region sind die Instrumente zur Erfassung aktueller und künftiger Trends von Resistenzen unzureichend entwickelt, während es im Westen gut funktionierende Surveillance-Netzwerke

gibt. Im *Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region (2011–2016)* wird die Schaffung von Surveillance-Netzwerken für die gesamte Europäische Region gefördert und werden die Länder beim Aufbau nationaler Kapazitäten und Strukturen unterstützt.

139. Nach der Aufzeichnung der Kapazitäten der Länder und der Bestimmung der Folgemaßnahmen wird die Arbeit zur Umsetzung und Erfüllung der Ziele des Aktionsplans beschleunigt. Mit der Umsetzung des neuen globalen Aktionsplans gegen antimikrobielle Resistenzen wird die Thematik auch stärker ins Bewusstsein gerückt, sodass mit einem Anstieg der Nachfrage aus den Mitgliedstaaten nach entsprechender fachlicher Unterstützung zu rechnen ist. Im Vergleich zum Zeitraum 2014–2015 wird eine Ausweitung des Haushaltsrahmens erforderlich sein, um gemäß den Erwartungen in Bezug auf Bedarf und Nachfrage umfassende Maßnahmen durchführen zu können.

140. Das Regionalbüro wird weiterhin den Kapazitätsaufbau auf Ebene der Länder, die Umsetzung nationaler Pläne und die Entwicklung nationaler Netzwerke für die Surveillance antimikrobieller Resistenzen unterstützen. Die Fortschritte aller Länder der Europäischen Region bei der Bewältigung grenzüberschreitender antimikrobieller Resistenzen und die Bedrohung der globalen Gesundheitssicherheit werden aufmerksam verfolgt. Die Datenerfassung durch das Surveillance-Netzwerk für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR) soll ausgeweitet werden, und Daten zu Trends sowie der Wirkung von Maßnahmen gegen antimikrobielle Resistenzen sollen in regelmäßigen Abständen veröffentlicht werden.

5.3 Katastrophenrisiko und Krisenmanagement

141. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region sind zunehmend mit einer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch Naturkatastrophen, bewaffnete Konflikte und andere humanitäre Notlagen konfrontiert, von denen oft Millionen von Menschen betroffen sind. Die Arbeit des Regionalbüros zur Vorsorge in diesem Bereich konzentriert sich auf die Unterstützung der Länder in einem alle Gefahren einbeziehenden Ansatz, die Entwicklung nationaler Bereitschaftspläne und die Stärkung ihrer Kapazitäten für das Risiko- und Krisenmanagement. Zur Arbeit in den Bereichen Bereitschaftsplanung und Reaktion gehören die Unterhaltung und Mobilisierung schneller Einsatzkräfte zur Wahrnehmung der wesentlichen Aufgaben der WHO in humanitären Notlagen, die Bewertung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme der Länder für das Krisenmanagement, die Bewertung der Belastbarkeit von Krankenhäusern im Katastrophenfall, die Dokumentation der Gesundheitskapazitäten und der Anfälligkeiten, die Schulung in Fragen der öffentlichen Gesundheit und des Notfallmanagements sowie die Unterstützung der planenden Vorbereitung der Gesundheitssysteme auf Massenansammlungen.

5.4 Lebensmittelsicherheit

142. In allen Teilen der Europäischen Region ist eine bessere bereichsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den für öffentliche Gesundheit, Landwirtschaft und Veterinärmedizin zuständigen Ressorts erforderlich, um die Abwehr von gesundheitlichen Risiken an der Schnittstelle zwischen Mensch und Tier zu verbessern. In den Neuen Unabhängigen Staaten und in einigen Ländern Südosteuropas müssen noch Kapazitäten zur Stärkung der Systeme für Lebensmittelsicherheit aufgebaut werden, um die Prävention und Bekämpfung durch Lebensmittel verursachter Erkrankungen zu verbessern, die eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit darstellen. Die Beteiligung dieser Ländergruppierungen an der Arbeit der Codex Alimentarius-Kommission sollte erhöht werden.

143. Die Aktivitäten in diesem Bereich zielen auf der Grundlage des globalen strategischen Ansatzes der WHO auf eine Förderung der Lebensmittelsicherheit in der Europäischen Region

ab; dies geschieht auch mit Beteiligung des Koordinierungsausschusses von FAO und WHO für Europa. Zu den Prioritäten zählen die Arbeit mit dem Codex in der Europäischen Region, u. a. durch Unterstützung der Beteiligung der Länder und die Koordinierung von Maßnahmen in diesem Bereich, die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Ressorts Landwirtschaft, Human- und Veterinärmedizin zur Bewältigung lebensmittelbedingter Zoonosen und der Aspekte der Lebensmittelsicherheit im Bereich der antimikrobiellen Resistenzen sowie die Unterstützung des Aufbaus nationaler Kapazitäten für Lebensmittelsicherheit und die Beherrschung zoonotischer Risiken an der Schnittstelle zwischen Mensch und Tier.

5.5 Polioeradikation

144. Die Arbeit in diesem Programmbereich ist von der Endspielstrategie der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung geprägt. Um das Erreichen der Ziele des globalen *Plans zur Polioeradikation mit einer Polio-Endspielstrategie (2013–2018)* zu gewährleisten, wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten darin unterstützen, die Einführung inaktivierter Polioimpfstoffe abzuschließen, sämtliche Lagerbestände an oralen trivalenten Polio-Impfstoffen einzuziehen und einen bivalenten Impfstoff einzuführen, die Akzeptanz der Impfstoffe sowie den Umgang mit ihnen zu beobachten, Surveillance in Bezug auf Sicherheitsfragen zu betreiben (einschließlich des Risikomanagements für neu eingeführte Produkte und der gleichzeitigen Anwendung bivalenter und anderer Impfstoffe) und jegliche Probleme weiterzuverfolgen, mit denen nationale Impfprogramme zu kämpfen haben. Diese Aktivitäten werden in enger Abstimmung mit den Programmbereichen 1.5 und 4.3 durchgeführt. Fachliche Unterstützung wird für Lizenzvergabe sowie die Surveillance nach der Markteinführung neuer Produkte mit inaktivierten oder bivalenten oralen Polioimpfstoffen gewährt.

145. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro die Regionale Zertifizierungskommission weiter darin unterstützen, das Risiko von Ausbrüchen nach einer Einschleppung von Polioviren abzuschätzen, und wird seine Aufsichtsfunktion zur Beobachtung und Unterstützung nationaler Behörden im Hinblick auf eine sichere Laborlagerung oder die Zerstörung von Typ-2-Viren in der Impfstoffherstellung, in der Forschung, in der Diagnostik und in der Anwendung von Impfstoffen nutzen. Zusätzliche Aktivitäten werden in die Wege geleitet, um die nationalen Zertifizierungskommissionen auf die sichere Laborlagerung der verbleibenden Poliovirus-Typen vorzubereiten und damit einen wesentlichen Schritt hin zur globalen Zertifizierung der Polioeradikation zu nehmen. Die seit langer Zeit gewährte Unterstützung an die Mitgliedstaaten zur Aufrechterhaltung einer hochsensitiven Polio-Surveillance, die jährliche Akkreditierung nationaler und regionaler Polio-Labore, die Bereitstellung von Laborausrüstung und die Einsetzung von Eignungsprüfungsausschüssen, die Beobachtung der Surveillance-Leistung und die Simulierung von Polio-Ausbrüchen zu Übungszwecken werden allesamt fortgesetzt.

5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen

146. Das Regionalbüro wird den Mitgliedstaaten dabei behilflich sein, wirksam und zeitnah auf akute und langwierige Notlagen mit Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region zu reagieren, aber auch global im Falle massiver Abwehrmaßnahmen.

147. Es steht ein Kern aus gut ausgebildeten und erfahrenen Bediensteten zur Verfügung, um gemäß dem Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall in Zusammenarbeit mit nationalen Gesundheitsbehörden und maßgeblichen Partnern auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung in Notlagen zu reagieren. Neben der Wahrnehmung seiner zentralen Aufgabe, nämlich der gänzlichen oder geteilten Federführung im Themenbereich Gesundheit sowie der Thematisierung der wesentlichen gesundheitlichen Defizite und der Doppellarbeit in Bezug auf Gegenmaßnahmen, wird das Regionalbüro den Reaktionsplan für den Gesundheitsbereich weiterentwickeln, mitverfolgen und darüber berichten und aktiv Mittel

mobilisieren und die Länder im Übergang vom Notstand zu ersten Wiederaufbaumaßnahmen unterstützen.

148. Um die genannten Werte im Rahmen eines Haushalts für 2016–2017 zu erreichen, dessen Wachstum gegenüber 2014–2015 Null beträgt, konnten Aktivitäten aus dem Bottom-up-Planungsverfahren mit einem Kostenumfang von etwa 6 Mio. US-\$ nicht in Kategorie 5 berücksichtigt werden. Insbesondere bei Maßnahmen in Programmbereichen wie antimikrobielle Resistenz und Kapazitätsaufbau für Warn- und Gegenmaßnahmen, einschließlich der IGV (2005), wird es nicht möglich sein, der aus den Mitgliedstaaten erwarteten Nachfrage gerecht zu werden. Eine vollständige Umsetzung des Planungsrahmens zur Pandemievorsorge würde eine Anhebung des Haushaltsrahmens erforderlich machen.

Tabelle 7: Gegenüberstellung von Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–2015 für Kategorie 5 (Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltsentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regional- büro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	
5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten	1,0	4,3	5,3	2,1	3,2	5,3	–1%
5.2 Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	0,9	5,0	5,9	1,4	2,7	4,1	–30%
5.3 Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	1,1	2,5	3,6	3,0	3,5	6,5	81%
5.4 Lebensmittelsicherheit	0,3	0,6	0,9	0,3	0,8	1,1	23%
Zwischensumme Notlagen	3,3	12,4	15,7	6,8	10,2	17,0	9%
5.5 Polioeradikation	1,1	5,8	6,9	1,4	6,0	7,4	7%
5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	2,4	0,6	3,0	0,7	2,3	3,0	0%
Zwischensumme	3,6	6,4	9,9	2,1	8,3	10,4	5%
Kategorie 5 insgesamt	6,9	18,7	25,6	8,9	18,5	27,4	7%

Kategorie 6: Organisatorische und befähigende Funktionen

149. Zwar wird sich die Arbeit in Kategorie 6 im Vergleich zum Zeitraum 2014–2015 voraussichtlich ähnlich gestalten, doch wird sich der Haushaltsbedarf aus zwei wesentlichen Gründen um 5% erhöhen: a) der gestiegenen Länderpräsenz durch zusätzliche Repräsentanten der WHO und eine kleine Zahl Verwaltungsangestellter in Ländern außerhalb der Europäischen Union (gemäß den Empfehlungen der Joint Inspection Unit) und b) der Stärkung der Leitungsebene durch Einstellung maßgeblicher Experten. Die Repräsentanten der WHO zählen zum Programmbereich 6.1, die Verwaltungsangestellten zu 6.4 und die obere Leitungsebene zu 6.3.

6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung

150. Dieser Programmbereich erfasst wesentliche Elemente der Tätigkeit des Regionalbüros und seiner Beziehungen zu den Mitgliedstaaten, nämlich das Büro der Regionaldirektorin, die Leiter der Länderbüros, die leitenden Organe und die Partnerschaften. Diese Elemente machen gemeinsam mit der fachlichen Leitung der Abteilungen die gesundheitspolitische Führungskompetenz des Regionalbüros aus. Die in den Kategorien 1 bis 5 skizzierten Prioritäten sind daher de facto führungsbezogene Prioritäten für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 im Rahmen von „Gesundheit 2020“.

151. Die Leitungsebene des Regionalbüros trägt die Verantwortung für die Umsetzung der WHO-Reform in der Europäischen Region und die Rückmeldung darüber; beide Aufgaben bleiben im Zeitraum 2016–2017 vorrangig. Das Regionalbüro wird weiter die unterschiedlichen Aspekte der WHO-Reform durch geeignete Konzepte, Prozesse und Initiativen der Europäischen Region in enger Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro umsetzen, wie im Reformergebnisrahmen vorgesehen, den der Exekutivrat im Januar 2014 geprüft hatte.

152. Ein zentraler Schwerpunkt für den Zeitraum 2016–2017 wird die Stärkung der Länderbüros in Nichtmitgliedstaaten der EU durch Ernennung von zehn neuen Repräsentanten der WHO und zusätzlichen Verwaltungsangestellten in drei Länderbüros sein, was der Philosophie der Reform entspricht, den internen Kontrollrahmen zu stärken, und von einer Entscheidung der Global Policy Group im Jahr 2014 unterstützt wurde. Diese Entscheidung baut auf den Empfehlungen der Joint Inspection Unit auf, die während der 132. Tagung des Exekutivrates im Jahr 2012 vorgestellt worden waren. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 werden auch weitere Länder-Kooperationsstrategien in der Europäischen Region eingeführt, und es soll eine übergeordnete Länderstrategie der Europäischen Region entwickelt werden, die sich an der globalen Strategie orientiert.

153. Die Zusammenarbeit in Partnerschaften ist der Kern des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ und auch der Arbeit des Regionalbüros. Daher wird das Regionalbüro weiter ein breites Spektrum von Partnerschaften im Bereich der Gesundheit und darüber hinaus auf Ebene der Region wie auch in den Ländern fördern, etwa mit Organisationen der Vereinten Nationen, Institutionen der Europäischen Union, globalen Gesundheitsorganisationen und nichtstaatlichen Akteuren, um letztlich die Politikkohärenz zu stärken.

154. Im Bereich der wirksamen Organisationsführung wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten darin unterstützen, sich wirksam an der Arbeit der leitenden Organe der WHO auf Ebene der Region wie auch global zu beteiligen und zu engagieren. Damit wird bezweckt, den Delegationen das Verständnis des fachlichen Inhalts und der einschlägigen Verfahren zu erleichtern. Dieser Bereich umfasst auch die Organisation von Tagungen des Regionalkomitees und seiner Unterausschüsse, für die das Regionalbüro als Sekretariat fungiert und logistische wie administrative Unterstützung leistet. Im Zeitraum 2016–2017 wird Mehrsprachigkeit weiter ein vorrangiges Anliegen des Regionalbüros bleiben, damit die Mitgliedstaaten auf möglichst einfache Weise auf Informationen zugreifen können.

6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement

155. In Übereinstimmung mit der starken Betonung von Transparenz und Rechenschaftslegung in der globalen Reform sieht auch das Regionalbüro hier einen wichtigen Schwerpunkt für den Zeitraum 2016–2017. Im Zeitraum 2014–2015 konnten wesentliche Erfolge erzielt werden, darunter die Verwirklichung des globalen internen Kontrollrahmens, weiterreichende Maßnahmen im Bereich Regelkonformität und eine bessere Befolgung von Prüfungsaufgaben. Auch im Zeitraum 2016–2017 wird die Befolgung der Finanzvorschriften

und -regeln weiter zu den Prioritäten für das Regionalbüro gehören. Zusätzliche Mittel werden in die Verbesserung der Befolgung der Finanzvorschriften auf Länderebene investiert werden.

156. Bis zum Ende des Zweijahreszeitraums 2016–2017 ist eine vollständige Anwendung des Rahmens für ein umfassendes Risikomanagement im Regionalbüro und in den Länderbüros und ausgelagerten Fachzentren vorgesehen.

157. Im kommenden Zweijahreszeitraum wird sich das Regionalbüro im Rahmen des Evaluationskonzeptes, das vom Exekutivrat auf seiner 131. Tagung im Mai 2012 gebilligt wurde, weiter aktiv in das globale Evaluationsnetzwerk einbringen und auch jede von den leitenden Organen der WHO künftig vorgegebene Richtung einhalten. Dazu gehören die Planung künftiger Evaluationen bestimmter Programmbereiche und die Umsetzung und Mitverfolgung der Umsetzung von Empfehlungen aus früheren Evaluationen in der Europäischen Region.

6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung

158. Programmbereich 6.3 bleibt ein zentrales Element der Reformagenda der WHO, sowohl global als auch in den Regionen. Die Planung des Zweijahreszeitraums 2016–2017 für die Europäische Region verläuft in vollkommener Abstimmung mit dem globalen Prozess und in direkter Anlehnung an die von den Mitgliedstaaten in der Region geäußerten Prioritäten und gesundheitlichen Bedürfnisse. Im Laufe des Zweijahreszeitraums wird das Regionalbüro weiter seine Kontroll- und Rechenschaftsmechanismen stärken, damit die Mitgliedstaaten die programmatische und finanzielle Leistungsbilanz klarer erkennen und die leitenden Organe der Europäischen Region dem Sekretariat besser die strategische Richtung vorgeben und allgemein Rat erteilen können. Die Zuteilung von organisationseigenen Mitteln im Regionalbüro wird auf den im Zweijahreszeitraum 2014–2015 (dem ersten Zeitraum mit Anwendung des Finanzierungsdialogs) gesammelten Erfahrungen aufbauen, um einen voll finanzierten Haushalt zu erreichen, der die von den Mitgliedstaaten global und auf Ebene der Region abgesteckten Prioritäten in maximalem Umfang gewährleistet.

159. Das Regionalbüro wird künftig bei der Mobilisierung der Finanzmittel von Gebern und der Kooperation mit diesen gemäß den Grundsätzen und Zielen des globalen Konzeptes einer koordinierten Mobilisierung vorgehen. Den Bediensteten des Regionalbüros stehen Verfahren zur Verfügung, mit deren Hilfe sie qualitativ hochwertige Vorschläge ausarbeiten und ihre Projekte und Vereinbarungen sinnvoll planen können. Methoden zur weiteren Erleichterung des Informationsaustausches sowie der Einhaltung von Zeitvorgaben und Berichtspflichten werden noch eingeführt.

160. Das Referat für Finanzen, Regelkonformität und Beschaffung beim Regionalbüro wird weiter eine saubere Buchführung in der Europäischen Region insgesamt und die rechtzeitige Aufzeichnung der Einnahmen gemäß den Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor gewährleisten.

6.4 Leitung und Verwaltung

161. Dieser Programmbereich umfasst den Hauptteil der administrativen Aufgaben des Regionalbüros auf Ebene der Region und der Länder, die die inhaltliche Arbeit in der Europäischen Region ermöglichen. Die übergeordnete Priorität für diesen Programmbereich wird auch im Zeitraum 2016–2017 eine möglichst effektive und effiziente Erbringung administrativer Dienste gemäß den Regeln und Vorschriften der WHO sein.

162. Das Regionalbüro wird neue personalpolitische Grundsätze der globalen Ebene für die Anwerbung von Personal, die Akquisition von Mitteln, die Mobilität, Rotation und Versetzung

von Mitarbeitern sowie das Erreichen von Geschlechterparität umsetzen. Die Personalplanung für 2016–2017 wird auf den Zielen des globalen Programmhaushalts in Bezug auf die Europäische Region beruhen. Zu den Prioritäten der Personalpolitik im Zeitraum 2016–2017 zählen weitere Anstrengungen zur Rationalisierung einer zügigen Einstellungspraxis, eine Personalplanung zur Sicherung eines Angebots an qualifizierten und motivierten Bediensteten, die den Anforderungen der Organisation auf Ebene der Region und in den Ländern gerecht werden, und die Umsetzung von Verfahren für eine wirksamere Leistungssteuerung und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Bediensteten.

163. Im Bereich der Informationstechnologie wird das Regionalbüro weiter an der Modernisierung und Harmonisierung der Systeme arbeiten und dadurch die Produktivität seiner Bediensteten steigern. Der Schwerpunkt wird dabei auf befähigende Funktionen, insbesondere im Bereich des Informationsmanagements und der Unterstützung der WHO-Reform, sowie auf die Sicherung unentbehrlicher Informationsdienste gemäß den vereinbarten Standards der Organisation gelegt.

164. Ein großer Teil dieses Programmbereichs betrifft die Erbringung des gesamten Spektrums an administrativen und logistischen Diensten für die Mitarbeiter sämtlicher Büros der WHO in der Europäischen Region. Die Art dieser Arbeit wird sich im Zeitraum 2016–2017 nicht dramatisch verändern; ihr Schwerpunkt wird auf der Straffung und Stärkung der Leistungserbringung zwecks Optimierung der Ressourcennutzung liegen. Dazu zählen auch die Dienste für das Regionalbüro, die Länderbüros und andere Außenstellen in Bezug auf Konferenzen, Infrastruktur, Sicherheit und Drucken.

6.5 Strategische Kommunikation

165. Im Zweijahreszeitraum 2016–2017 wird die Öffentlichkeitsarbeit des Regionalbüros weiter darauf gerichtet sein, seine Arbeit insgesamt zu veranschaulichen und wichtige Informationen und Botschaften durch eine Vielzahl von Medien dem maßgeblichen Publikum zugänglich zu machen. In Abstimmung mit der globalen Kommunikationsstrategie wird verstärkt auf das Internet und die sozialen Medien gesetzt, und die Bediensteten des Regionalbüros und der Länderbüros werden darin geschult, wirksamer zu kommunizieren und verschiedene Kommunikationskanäle zu nutzen.

166. Im kommenden Zweijahreszeitraum beabsichtigt das Regionalbüro seine Unterstützung für die Mitgliedstaaten auszuweiten, indem es die Websites über die Länder durch Informationen in den jeweiligen Landessprachen zu den BCA und ihrer Umsetzung ergänzt. Die Arbeit der leitenden Organe wird durch recherchefreundliche Online-Datenbanken mit Resolutionen und weiteren Dokumenten erleichtert.

Tabelle 8: Gegenüberstellung von Programmhaushaltentwurf 2016–2017 und Programmhaushalt 2014–2015 für Kategorie 6 (Organisatorische und befähigende Funktionen) nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	
6.1 Führungs- kompetenz und Organisationsführung	12,7	16,3	29,0	18,3	11,9	30,2	4%
6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanage- ment	0,0	2,2	2,2	0,5	1,9	2,4	10%
6.3 Strategische Planung, Koordinie- rung von Ressourcen und Berichterstattung	0,1	3,4	3,5	1,1	3,0	4,1	16%
6.4 Leitung und Verwaltung	5,0	9,9	14,9	6,9	9,0	15,9	7%
6.5 Strategische Kommunikation	0,1	4,3	4,4	1,0	3,4	4,4	-1%
Kategorie 6 insgesamt	17,9	36,1	54,0	27,8	29,2	57,0	6%

Anhang: Gegenüberstellung des Programmhaushaltsentwurfs 2016–2017 für die Europäische Region der WHO und des Programmhaushalts 2014–2015 nach Programmbereich

Kategorie und Programmbereich	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltsentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	Länder	Region	Regionalbüro für Europa insgesamt	
1. Übertragbare Krankheiten							
1.1 HIV/Aids	1,9	3,8	5,6	1,4	3,2	4,6	-17%
1.2 Tuberkulose	7,1	3,9	11,0	8,3	2,7	11,0	0%
1.3 Malaria	0,2	1,1	1,3	0,2	1,1	1,3	-5%
1.4 Vernachlässigte Tropenkrankheiten	0,0	0,7	0,7	0,0	0,6	0,6	-13%
1.5 Impfpräventable Krankheiten	2,6	9,4	12,0	3,6	8,5	12,1	1%
Zwischensumme	11,7	18,9	30,6	13,5	16,1	29,6	-3%
2. Nichtübertragbare Krankheiten							
2.1 Nichtübertragbare Krankheiten	4,1	10,6	14,7	11,1	9,7	20,8	41%
2.2 Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	1,8	3,8	5,6	2,9	2,2	5,1	-9%
2.3 Gewalt- und Verletzungsprävention	2,9	6,2	9,2	2,2	5,5	7,7	-16%
2.4 Behinderung und Rehabilitation	0,7	0,1	0,7	0,4	0,1	0,5	-30%
2.5 Ernährung	0,2	2,4	2,6	0,3	1,8	2,1	-21%
Zwischensumme	9,7	23,1	32,8	16,9	19,2	36,1	10%
3. Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf							
3.1 Reproduktions- gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	3,6	3,4	7,0	3,5	3,5	7,0	0%
3.2 Altern und Gesundheit	0,1	1,4	1,5	0,4	1,0	1,4	-8%
3.3 Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	0,2	1,2	1,4	0,1	1,1	1,2	-17%
3.4 Soziale Determinanten von Gesundheit	1,0	6,5	7,5	1,8	5,1	6,9	-8%
3.5 Gesundheit und Umwelt	2,4	20,3	22,7	4,5	17,0	21,5	-5%
Zwischensumme	7,3	32,8	40,1	10,3	27,7	38,0	-5%

Kategorie und Programmbereich	Programmhaushalt 2014–2015			Programmhaushaltsentwurf 2016–2017			Prozentuale Veränderung 2016–2017 gegenüber 2014–2015
4. Gesundheitssysteme							
4.1 Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	4,1	12,2	16,3	4,4	8,1	12,5	–23%
4.2 Integrierte, bürgernahe Gesundheitsversorgung	6,4	7,6	14,0	5,3	7,1	12,4	–11%
4.3 Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechnologien und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	0,6	4,4	5,0	1,2	4,1	5,3	5%
4.4 Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	1,1	8,3	9,4	2,6	7,2	9,8	4%
Zwischensumme	12,3	32,5	44,8	13,5	26,5	40,0	–11%
5. Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen							
5.1 Warn- und Reaktionskapazitäten	1,0	4,3	5,3	2,1	3,2	5,3	–1%
5.2 Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	0,9	5,0	5,9	1,4	2,7	4,1	–30%
5.3 Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	1,1	2,5	3,6	3,0	3,5	6,5	81%
5.4 Lebensmittelsicherheit	0,3	0,6	0,9	0,3	0,8	1,1	23%
Zwischensumme	3,3	12,4	15,7	6,8	10,2	17,0	9%
6. Organisatorische und befähigende Funktionen							
6.1 Führungskompetenz und Organisationsführung	12,7	16,3	29,0	18,3	11,9	30,2	4%
6.2 Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	0,0	2,2	2,2	0,5	1,9	2,4	10%
6.3 Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	0,1	3,4	3,5	1,1	3,0	4,1	16%
6.4 Leitung und Verwaltung	5,0	9,9	14,9	6,9	9,0	15,9	7%
6.5 Strategische Kommunikation	0,1	4,3	4,4	1,0	3,4	4,4	–1%
Zwischensumme	17,9	36,1	54,0	27,8	29,2	57,0	6%
Insgesamt	62,3	155,7	218,0	88,8	129,2	218,0	0%
Notlagen							
5.5 Polioeradikation	1,1	5,8	6,9	1,4	6,0	7,4	7%
5.6 Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	2,4	0,6	3,0	0,7	2,3	3,0	0%
Zwischensumme	3,6	6,4	9,9	2,1	8,3	10,4	5%
Insgesamt	65,9	162,0	227,9	90,9	137,5	228,4	0%