



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Neunundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 14.–17. September 2009

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC59/8

24. Juli 2009

90428

ORIGINAL: ENGLISCH

**Führung im Gesundheitswesen in der
Europäischen Region der WHO**

Dieses Thema war in den letzten Jahren Gegenstand einer Reihe von Dokumenten des WHO-Regionalbüros für Europa. Grundsätzlich gibt es zwei Dimensionen der Führung im Gesundheitswesen: die internationale und die nationale. Auf der 58. Tagung des Regionalkomitees wurde ausführlich diskutiert, wie die Mitgliedstaaten die Rolle und den Einfluss der Gesundheitsbehörden und insbesondere der Gesundheitsministerien stärken könnten. Die Gesundheitssysteme sind in ständigem Wandel begriffen, wodurch sich auch für den Staat neue Funktionen und Verantwortlichkeiten bei der Stärkung der Gesundheit und der Gesundheitssysteme auf nationaler und supranationaler Ebene ergeben. Die Zahl der Mechanismen, Strategien und Instrumente, die den Mitgliedstaaten zur Verwirklichung ihrer gesundheitspolitischen Ziele zur Verfügung stehen, nimmt zu.

Auch auf internationaler Ebene ist die Art der Führung im Gesundheitswesen ein entscheidend wichtiger Faktor für die künftige Entwicklung der Gesundheit in der Europäischen Region. Vor diesem Hintergrund gilt es, die sich wandelnde Rolle des Regionalbüros zu erörtern – seine Funktion als Teil einer globalen WHO sowie im Rahmen des Beziehungsgefüges mit dem WHO-Hauptbüro in Genf und der wichtigen laufenden Kooperation mit der Europäischen Union, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und vielen weiteren Akteuren wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Die Diskussionen auf der laufenden Tagung des Regionalkomitees werden sich an den folgenden Fragen orientieren: In welcher Rolle wäre das Regionalbüro für die Mitgliedstaaten der Region am nützlichsten? Wie kann das Regionalbüro die Mitgliedstaaten der Region angesichts dieser sich ständig wandelnden Anforderungen an die Führungsarbeit, die durch die Globalisierung, die internationale Krise und das Streben nach Verteilungsgerechtigkeit geprägt sind, am besten anleiten, unterstützen und inspirieren? Wie können Partnerschaften mit anderen internationalen Akteuren aufgebaut werden, um in der Europäischen Region der WHO ein höchstmögliches Gesundheitsniveau zu verwirklichen? Welche organisatorischen Rahmenbedingungen könnten dem Regionalbüro dabei helfen, diese Ziele auf möglichst effiziente Weise zu erreichen?

Die Diskussionen zu diesem Thema werden im Rahmen eines zweistufigen Prozesses ablaufen. Die erste Stufe – die Analyse und Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Führungsmechanismen – wird auf der laufenden Tagung des Regionalkomitees stattfinden. Alle etwaigen Beschlüsse zu diesen Vorschlägen könnte das Regionalkomitee im nächsten Jahr auf seiner 60. Tagung fassen, wenn der neue Regionaldirektor bzw. die neue Regionaldirektorin im Amt ist. Daher liegt zu diesem Thema gegenwärtig noch kein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung.....	1
Politiktheoretische Fragen im Zusammenhang mit der Führung des Gesundheitswesens in den Mitgliedstaaten und auf supranationaler Ebene	3
Führung des WHO-Regionalbüros für Europa: Eine Bewertung.....	6
Themen und Empfehlungen	10
Allgemeine Fragen in Bezug auf Führungsarbeit	10
Führungsfragen im WHO-Regionalbüro für Europa.....	11
Literatur.....	12
Anhang 1: Verbindungen zwischen den vom WHO-Regionalkomitee für Europa und den von der Weltgesundheitsversammlung im Zeitraum 2004–2008 verabschiedeten Resolutionen.....	15
Anhang 2: Kurzfassung und wichtigste Resultate der Umfrage über die Zufriedenheit der Mitgliedstaaten	18
Anhang 3: Verteilung der Sitze der Europäischen Region im Exekutivrat und dafür geltende Auswahlkriterien	25

Einführung

1. Wie sieht die Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO aus? In welchem Maße sind die Mitgliedstaaten für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich und rechenschaftspflichtig? Welche Verfahren beabsichtigen die Mitgliedstaaten bei ihrer Entscheidungsfindung im Gesundheitsbereich anzuwenden? Die zentrale These dieses Dokuments lautet, dass der WHO eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Führung des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern zukommt, doch welche Rolle stellen sich die Mitgliedstaaten für die WHO (und andere Institutionen) bei der Unterstützung ihrer Maßnahmen zur Führung des Gesundheitswesens vor? Welche Rolle kommt den Internationalen Gesundheitsvorschriften im Vergleich mit anderen nationalen und supranationalen Vorschriften zu? Zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen sollten in dem Papier idealerweise die folgenden Themenstellungen beleuchtet werden: 1) Gesamtbild der Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region; 2) vorhandene Erkenntnisse zu den Folgen dieser Führung für die Gesundheit der Bevölkerung der Europäischen Region; und 3) der konkrete Beitrag des Regionalbüros und anderer internationaler Organisationen. All dies würde jedoch den Rahmen dieses Papiers sprengen und weit über die vorhandenen Erkenntnisse hinausgehen.

2. Die Diskussionen über die Führung im Gesundheitswesen sind Ausdruck der umfangreicheren Debatten, die in jüngster Zeit in Wissenschaft, Forschung und Politik über die neuen Sachzwänge und Herausforderungen für moderne Staaten sowie über das sich wandelnde Verhältnis zwischen Staat und Gesellschaft geführt wurden (1,2,3,4). In Reaktion auf diese Sachzwänge und Herausforderungen haben verschiedene Länder und supranationale Organisationen die Förderung einer guten Führungsarbeit mit Einfallsreichtum betrieben (5,6,7,8).

3. Obwohl Führung (governance) und Steuerung (stewardship) – eine der vier Funktionen eines Gesundheitssystems, die im Weltgesundheitsbericht 2000 dargestellt sind – nicht miteinander identisch sind, wurden sie vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 58. Tagung mit der Begründung, dass letzterer Begriff und seine Übersetzung problematisch seien, für den Gesundheitsbereich als synonym betrachtet. Der Begriff „Governance“ wurde vom UNDP ursprünglich definiert als die Ausübung politischer, ökonomischer und administrativer Autorität zur Steuerung aller staatlichen Angelegenheiten eines Landes (6). Dagegen wurde der Begriff „Stewardship“ definiert als die Aufgabe eines für das Wohl der Bevölkerung verantwortlichen Staates, der sich um das Vertrauen seiner Bevölkerung und die Legitimität seines Handelns in ihren Augen sorgt, sowie in letzter Zeit als die Rolle des Staates im Gesundheitsbereich und sein Bezug zu anderen Akteuren, deren Handeln Auswirkungen auf die Gesundheit hat (9).

4. Ursprünglich wurden die Funktionen Führung und Steuerung zumeist als Katalysatoren für andere Funktionen des Gesundheitssystems angesehen. Führungsarbeit war insofern wichtig, als sie nach allgemeiner Auffassung einen Abgleich zwischen den Interessen der verschiedenen Akteure schafft und die Leistungserbringung, die Finanzierung und die Erzeugung von Inputs verbessert. Darüber hinaus wurde sie als Mechanismus zur Regelung der Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Teilen des Systems und unterschiedlichen Interessengruppen in einem Kontext der Transparenz und der Rechenschaftspflicht angesehen (10). In der neueren Forschung werden diese Begriffsbestimmungen jedoch weiter gefasst und wird ein direkter Bezug zu gesundheitlichen Zugewinnen und anderen positiven Ergebnissen des Gesundheitssystems wie beispielsweise Bedarfsgerechtigkeit, finanzieller Absicherung und Effizienz hergestellt. Diese zentrale Stellung der Verbindungen zwischen einer besseren Führung und den wichtigsten Ergebnissen von Gesundheitssystemen knüpft unmittelbar an die Konferenz von Tallinn über Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand an (11).

5. Gesundheitliche Zugewinne können jedoch bekanntermaßen sowohl nach dem Gesundheitsniveau als auch nach der Verteilung gemessen werden. Was das Gesundheitsniveau betrifft,

so wurde eine positive Korrelation zwischen guter Führungsarbeit und einer besseren Bevölkerungsgesundheit sowie zwischen guter Führungsarbeit und niedrigerer Säuglingssterblichkeit ermittelt (12); in Bezug auf die Gesundheitsverteilung jedoch ergeben die Daten aus der Europäischen Region ein komplizierteres Bild. Obwohl sich bei Indikatoren wie der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt und der invaliditätsbereinigten durchschnittlichen Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten deutliche Verbesserungen eingestellt haben, ergibt eine Aufschlüsselung der Daten nach Schichten nach wie vor enorme Unterschiede (13). In der Europäischen Region bestehen Unterschiede zwischen gesellschaftlichen Gruppen, zwischen Ländern, zwischen Regionen einzelner Länder und zwischen Städten (und sogar Stadtvierteln); dies gilt sowohl innerhalb als auch außerhalb der Europäischen Union (EU), in der die reichsten Länder vertreten sind. Besorgniserregend ist die Tatsache, dass die Unterschiede sowohl zwischen und innerhalb von Mitgliedstaaten zunehmen. Warum ist die mangelnde Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitsbereich ein so hartnäckiges Problem (14) und was macht sie so schwer zu überwinden? Und vor allem: Welcher Zusammenhang besteht zwischen Ungleichgewichten und der Führungsarbeit? Um wirksame Maßnahmen einleiten zu können, ist ein tieferes Verständnis dieser Frage notwendig.

6. Die Führung im Gesundheitswesen ist daher für die Zukunft der Gesundheit in der Europäischen Region der WHO – und in jeder Gesellschaft – ein ausschlaggebender Faktor. Daher hat das Regionalbüro in den letzten Jahren eine Reihe von Dokumenten erstellt, in denen Entschlossenheit hinsichtlich der Führung im Gesundheitswesen und im Gesundheitssystem zum Ausdruck kam:

- Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa (EUR/RC56/11);
- Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005 (EUR/RC55/8);
- Erklärungen und Chartas, die sich das Regionalkomitee vielfach in Resolutionen zu eigen gemacht hat und in denen die Strategien in verschiedenen Themenbereichen wegweisend vorgezeichnet wurden: die Budapester Erklärung von 2004 über Umwelt und Gesundheit (EUR/RC54/R3); die Erklärung „Psychische Gesundheit – Erklärung für die Europäische Region der WHO: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ (2005) (EUR/RC55/R2); die Warschauer Erklärung für ein tabakfreies Europa (2002) (EUR/RC52/R12); die Erklärung über Jugend und Alkohol (2001) (EUR/RC51/R4); die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas (2006) (EUR/RC57/R4); die Berliner Erklärung über Tuberkulose (2007); und die Erklärung von Dublin über Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien (2004);
- Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand (2008) und
- Steuerung/Führung von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region (EUR/RC58/9) und die dazugehörige Resolution des Regionalkomitees (EUR/RC58/R4).

7. Diese Themen wurden auch in anderen neueren Veröffentlichungen des Regionalbüros aus theoretischer Sicht abgehandelt (15). Auch in dem von der EU während der finnischen Ratspräsidentschaft geförderten Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“, den sich die Mitgliedstaaten auf der gemeinsamen Tagung der WHO und der EU 2007 in Rom zu eigen machten (16), wurde betont, wie wichtig eine gute Führung der sektorübergreifenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist; Gleiches geschah auch in der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand, die von einer Reihe von Partnern unter der Federführung der WHO unterzeichnet wurde.

8. Dieses Papier über Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO ist als allgemeiner Überblick über die wesentlichen Aspekte und Fragen im Zusammenhang mit dem Thema anzusehen, die dann in bestimmten, ebenfalls auf der laufenden Tagung des

Regionalkomitees zu erörternden, themenspezifischen Papieren weiter ausgeführt und untermauert werden:

- Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region;
- Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO und
- Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO.

9. Im vorliegenden Dokument wird die Führung im Gesundheitswesen zunächst aus der Perspektive der Politiktheorie analysiert und diese Analyse auf die Rolle des Regionalkomitees übertragen; danach wird ein Katalog von Empfehlungen und Anregungen für konkrete Änderungen innerhalb der Region vorgeschlagen. Das Papier besteht daher aus den beiden folgenden Hauptabschnitten: 1) einem kurzen theoretischen Überblick über die Führung des Gesundheitswesens in den Mitgliedstaaten und auf supranationaler Ebene und 2) einer Bewertung der Führung des WHO-Regionalbüros.

10. Angesichts der genannten umfangreichen aktuellen Diskussionen innerhalb der Region wird in dem Papier ein gemischter Ansatz verfolgt, der hauptsächlich deskriptive/analytische Elemente („Ist-Zustand“) und in geringerem Maße präskriptive Elemente („Soll-Zustand“) enthält. Das Papier wurde bereits vom SCRC geprüft und wird nun der 59. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt. Das Dokument wird auf der Tagung im September 2009 Diskussionsgegenstand sein, doch werden zu diesem Zeitpunkt noch keine abschließenden Entscheidungen getroffen. Die Entscheidungen über die vom Regionalkomitee in diesem Jahr abgegebenen Empfehlungen werden auf der 60. Tagung 2010 in Moskau fallen.

Politiktheoretische Fragen im Zusammenhang mit der Führung des Gesundheitswesens in den Mitgliedstaaten und auf supranationaler Ebene

11. Das Konzept der Governance [dt. je nach Kontext: Führung, Regierungsführung, Staatsführung, Organisationsführung] wurde ursprünglich in mehreren sozialwissenschaftlichen Disziplinen, hauptsächlich in der Politikwissenschaft, der Organisationstheorie und der Ökonomie, entwickelt (17). Auf diesem Hintergrund haben sich unterschiedliche Bedeutungen herausgebildet, die sich schließlich zu einem übergreifenden Konzept mit verschiedenen Einzelphänomenen entwickelt haben. Viele Autoren (18) schreiben dem Begriff drei Bedeutungen zu: 1) eine Theorie, die in der politischen Analyse das Verständnis neuer Entwicklungen in dem Beziehungsgeflecht zwischen Staat und Gesellschaft erleichtert; 2) ein dynamisches Resultat, nämlich die komplexen Prozesse der Steuerung, Koordinierung und Zielsetzung, durch die die Gesellschaft heute gelenkt wird, und 3) eine Struktur, das heißt das gemischte System der Hierarchien, Märkte, Netzwerke und Gemeinschaften, die an der Erbringung eines breiten Spektrums von Dienstleistungen für die Bürger moderner Gesellschaften beteiligt sind.

12. Betrachten die europäischen Mitgliedstaaten die Führung im Gesundheitswesen als ein exklusives Recht und/oder eine exklusive Verpflichtung oder sind sie bereit, sie mit der internationalen Gemeinschaft zu teilen? Sehen sie die Führung im Gesundheitswesen eher als Theorie, Prozess oder Struktur oder als Kombination aller dieser Bereiche an? Versteht man den Begriff als Theorie, so ist zu ermitteln, wie sich die Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region gestaltet, d. h. welche Aufgaben und Zuständigkeiten die Mitgliedstaaten in Bezug auf den Gesundheitsschutz und die Führung der Gesundheitssysteme wirklich haben bzw. anstreben. Worin liegen ihrer Auffassung nach die wahre Rolle des Staates und die Verantwortung

des Einzelnen? Wie schon angedeutet, findet sich in diesem Papier und in den anderen bereits genannten Veröffentlichungen eine Fülle von Material für eine Abhandlung dieses Themas aus politischer Sicht, doch empirische Erkenntnisse gibt es bisher kaum.

13. Betrachtet man die Führung als den dynamischen Prozess der Steuerung und Koordinierung der Gesundheitspolitik, so stellt sich zunächst die Frage, ob die Regierungen alleine in der Lage sind, die Gesundheit der Bevölkerung in der traditionellen Bedeutung des Begriffs zu verbessern. Tatsächlich machen die öffentliche Meinung, die Medien und viele nationale politische Entscheidungsträger die Regierung im Allgemeinen und das Gesundheitsministerium und seine Leitungsebene im Besonderen für die gesundheitliche Situation in einem Land verantwortlich (und fordern ihren Rücktritt, falls in diesem Bereich ernste Probleme auftreten). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die etwas subtilere Frage, ob die Autorität der Regierung für die Führung und Kontrolle der Gesundheitspolitik insgesamt uneingeschränkt fortbesteht oder durch neue soziale Kräfte ausgehöhlt wird, und, wie weit dieser Prozess ggf. vorangeschritten ist.

14. Die Antworten auf diese Fragen haben unterschiedliche Dimensionen. Zum einen würde das Verständnis der Gesundheitsdeterminanten an sich – Genetik, räumliches und soziales Umfeld, Verhaltensaspekte, Gesundheitsversorgung usw. (19,20) – selbst auf nationaler Ebene einem restriktiven Konzept der Führung im Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten und auf supranationaler Ebene entgegenstehen; wissenschaftliche und empirische Erkenntnisse haben gezeigt, dass Gesundheit auch Ergebnis des breiten Einflusses einer Vielzahl öffentlicher und privater Akteure aus anderen Politikbereichen (z. B. Bildung, Wohnungswesen, Beschäftigung, Landwirtschaft) ist. Wie eine aktuelle Studie bestätigt, lassen sich zwischen 44% und 57% des Gesundheitsmaßes „Varianz der Lebenserwartung“ durch mit der Gesundheitsversorgung zusammenhängende Indikatoren erklären; der Rest ist nichtmedizinischen Gesundheitsdeterminanten zuzuschreiben (21). Des Weiteren kann heute aufgrund der Komplexität der Globalisierung kein Land mehr als allein verantwortlich für die Gesundheit seiner Bevölkerung angesehen werden (22). Vielmehr waren überall auf der Welt Staat wie auch Privatwirtschaft auf nationaler und internationaler Ebene schon seit jeher an komplexen Gesundheitsreformen beteiligt.

15. Auf der normativen Ebene leitet sich aus dieser Diskussion die Frage ab, ob die Mitgliedstaaten ihre Rolle bei der Führung im Gesundheitswesen eher zur Steuerung und Koordinierung der Beiträge verschiedener Akteure hin verlagern sollten, anstatt eine Monopolisierung der Maßnahmen und Strategien anzustreben. Die WHO hat sich in der Tat schon immer sektorübergreifendes Handeln auf die Fahnen geschrieben – ein Gedanke, den heute viele weitere Akteure teilen: Beispiele hierfür sind das Dokument *Health Impact Assessment* (23) und die bereits genannte Erklärung über Gesundheit in allen Politikbereichen. Dasselbe Prinzip liegt der Definition eines Gesundheitssystems durch die Konferenz von Tallinn zugrunde¹. Heute wird immer öfter die Forderung an die Regierungen gerichtet, die Interessen, Ansichten und Erwartungen der maßgeblichen Interessengruppen gebührend zu berücksichtigen und insbesondere die Gesundheitssysteme stärker auf die Meinungs- und Wahlfreiheit der Bürger einzustellen und für das Wissen des Gesundheitspersonals empfänglich zu machen.

16. Wird der Begriff der Führung nicht nur als Theorie oder Prozess verstanden, sondern als Struktur (Hierarchien, Märkte, Netzwerke und Gemeinschaften), so stellt sich die Frage, wofür die Mitgliedstaaten eigentlich verantwortlich sind, in einem neuen Licht dar. In der Europäischen Region und überall auf der Welt verwenden die Regierungen verschiedene Modelle, die

¹ Ein Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen (11).

teils direkte hierarchische Eingriffe vorsehen, sich teils aber auch vergleichsweise stärker auf Marktkräfte, öffentlich-private Partnerschaften usw. stützen. In dieser Hinsicht haben sich die von Regierungen eingesetzten Mechanismen und Strategien zur Erreichung ihrer gesundheitspolitischen Ziele inzwischen so weit entwickelt, dass Führung heute vielfach als Kontinuum alter wie neuer Werkzeuge und Instrumente bezeichnet wird, die zur Erreichung staatlicher Politikziele dienen können (24,25,26). Die Schaffung eines kohärenten Ordnungsrahmens, der hochwertige Gesundheitsleistungen und ein faires Verhalten der beteiligten Akteure gewährleistet, und die Entscheidung, ob dies durch direkte Anweisung „von oben“ oder durch Regelungsinstrumente wie die Delegation von Weisungsbefugnissen, Anreize und Sanktionen geschehen soll, sind daher wesentliche Bestandteile der Steuerungsfunktion. Aus dieser Sichtweise bestünde die Herausforderung darin, ein angemessenes Gleichgewicht aus Anreizen, Zielwerten und Sanktionen herzustellen und somit alte wie neue Regelungsmechanismen einzusetzen, die von der direkten Regelung durch den Staat über die Regelung durch ganz oder teilweise unabhängige Organe bis hin zur Selbstregulierung bzw. gemeinsamen Regulierung reichen (27).

17. Schließlich ist auch noch die Frage zu klären, wie Rechenschaftspflicht begründet wird, damit die verschiedenen Akteure – und auch der Staat selbst – für ihr Handeln in unterschiedlichen Dimensionen (finanziell, ergebnisbezogen und politisch/demokratisch) zur Verantwortung gezogen werden (28). Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine gute Führungsarbeit in modernen Gesundheitssystemen es erfordert, dass die Akteure für Prozesse und Verfahren ebenso Rechenschaft ablegen wie für Resultate, Ergebnisse und die Einhaltung von Haushaltsrahmen (29). Die klare Bestimmung von Verantwortungsträgern, die Bereitstellung ausreichender Informationen sowie geeignete Sanktionsmaßnahmen (30) in diesem hochkomplexen Szenario, in dem Entscheidungen eine Vielzahl von Auswirkungen haben können und in dem eine Vielzahl von Akteuren tätig sind, stellt eine entscheidende Herausforderung dar. All dies sollte im Grunde auch in gewisser Weise für die internationale Führung im Gesundheitswesen gelten.

18. Die Aufgabe der internationalen Führung im Gesundheitswesen wird zumeist nur den bestehenden, für diesen Zweck geschaffenen internationalen Organisationen zugeschrieben, doch wurde in letzter Zeit angeregt, dass die Steuerungsfunktion der Regierungen im Gesundheitswesen auch auf transnationaler Ebene im Wege der Unterstützung anderer, hilfebedürftiger Staaten oder durch die Übernahme einer Führungsrolle in globalen Gesundheitsfragen ausgeübt werden könnte (31). Könnte dies für einige internationale Organisationen eher oberflächliche Beziehungen zueinander, für andere jedoch tiefere Verbindungen bedeuten? Eine Unterscheidung zwischen verschiedenen supranationalen Organen ließe sich auch anhand ihres Bezugs zum Gesundheitswesen treffen, wobei einige supranationale Organisationen (z. B. die Vereinten Nationen und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) eine eher repräsentative Funktion und einen moralisch-ethischen Einfluss auf das Gesundheitswesen hätten, während andere Organisationen Führungsentscheidungen in Bereichen mit klaren direkten wie indirekten potenziellen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen trafen. Die europäischen Organe (die EU und andere Institutionen wie die Europäische Kommission und die Präsidentschaft des Rates der EU) beispielsweise spielen eine maßgebliche Rolle in der Gesundheitspolitik, und zwar nicht nur über die Gesundheitssysteme (die innerhalb der EU gemäß dem Subsidiaritätsprinzip hauptsächlich unter die Verantwortung der 27 EU-Mitgliedstaaten fallen), sondern auch durch ihre Maßnahmen in Bereichen, die sich auf die Gesundheit auswirken, beispielsweise Landwirtschaft, Handel und Währungspolitik.

19. Ganz offensichtlich ist noch nicht genug über die Auswirkungen dieser politischen Dimensionen auf die Gesundheit der EU-Bürger bekannt. Es wäre wünschenswert, zu bewerten, wie nationale und supranationale Dimensionen einander bei der Gesundheitsförderung und bei anderen Zielen von Gesundheitssystemen wie der finanziellen Absicherung und der Bedarfsgerechtigkeit ergänzen. Studien zu den Erfahrungen mit der jüngsten EU-Erweiterung könnten für die gesamte Region wertvolle Erkenntnisse über den Erfolg oder Misserfolg bestimmter Konzepte (z. B. bei Ernährung und Umwelt) liefern. So könnte sich die WHO etwa vorsichtig für eine

auf der Ebene der Europäischen Kommission vorgenommene systematische Bewertung solcher neueren gesundheitspolitischen Entwicklungen einsetzen, oder sie könnte sich an der Weiterverfolgung der Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beteiligen.

20. Ähnliche Erwägungen gelten auch für die gesundheitspolitische Arbeit des Rates der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS). Der GUS-Rat hat einen weniger umfassenden Aufgabenbereich als die EU, doch wäre es lohnend, seine genaue Funktion auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik sowie die Auswirkungen seiner gemeinsamen politischen Maßnahmen auf die Gesundheit zu untersuchen bzw. der Frage nachzugehen, ob diese Auswirkungen schon bewertet worden sind. Zwar befasst sich dieses Papier nicht mit der Mitgliedschaft von Ländern in anderen supranationalen Gruppen mit einem konkreten Mandat außerhalb des Gesundheitsbereichs, doch birgt allein das Bestehen subregionaler geografischer Gruppierungen (z. B. Baltikum, Skandinavien, Balkan und Kaukasus) an sich schon interessante Herausforderungen. In diesen Ländern bestehen nämlich bereits Institutionen (beispielsweise der Nordische Rat), die Verantwortung für Politikbereiche ausüben, die Einfluss auf die Gesundheit ihrer Bürger haben. Ein weiteres Beispiel ist die Shanghaier Organisation für Zusammenarbeit, in deren Rahmen die Russische Föderation mit den zentralasiatischen Ländern und China hinsichtlich eines breiten Themenspektrums, das auch die öffentliche Gesundheit umfasst, zusammenarbeitet. In diesem Papier wird daher aus praktischen Gründen der Subregionalismus im Hinblick auf konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit als neutral betrachtet.

21. Schließlich ist noch anzumerken, dass die Bemühungen zur Messung und Bewertung der Führungsarbeit auf nationaler und internationaler Ebene trotz der in jüngster Zeit gemeldeten erheblichen Fortschritte (32) noch in den Kinderschuhen stecken (33). Weitere Arbeiten sind offensichtlich notwendig. Ein besseres Verständnis der Beziehungen zwischen den Funktionen und den Zielen von Gesundheitssystemen sowie der Versuch, sie in quantitative und qualitative Begriffe zu fassen, waren weitgehend auch das Ziel der Diskussionen seit der Konferenz von Tallinn. Die Betrachtung unter dem Führungsaspekt verleiht daher der Debatte über Leistungsindikatoren für Gesundheitssysteme eine neue Dimension (34,35).

Führung des WHO-Regionalbüros für Europa: Eine Bewertung

22. In diesem Papier müssen folgende grundsatzpolitische Fragen gestellt werden: 1) Ist die derzeitige Führung im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region der WHO optimal? 2) Bestehen möglicherweise Effizienzmängel innerhalb des Regionalbüros, die die Wirkung dieser Führungsarbeit schmälern könnten? 3) Können die Ergebnisse durch wirksamere Rahmenbedingungen aller Art verbessert werden? Da weder die genaue Rolle, in der sich die Mitgliedstaaten die WHO idealerweise wünschen, noch die Auswirkungen des Handelns der WHO durch harte Messdaten untermauert sind, wird in diesem Abschnitt hauptsächlich analysiert, wie das WHO-Regionalbüro für Europa geführt wird.

23. Der Einfluss der WHO leitet sich nicht aus ihrer Beteiligung an einem konkreten Aspekt des gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Lebens, beispielsweise der Agrar-, Fiskal- oder Handelspolitik (wie im Falle der EU) her, sondern vielmehr aus ihrem Mandat als fachspezifische Sonderorganisation der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der Gesundheit. Die WHO ist eine zwischenstaatliche Organisation, von der sich die Mitgliedstaaten Anleitung (Normen und Empfehlungen), Unterstützung und Anregungen in Bezug auf alle gesundheitsbezogenen Aspekte des Lebens erwarten. Ihr Einfluss rührt also, kurz gesagt, aus ihrer Autorität, die Mitgliedstaaten zur Erreichung eines höchstmöglichen Gesundheitsniveaus hinzuführen (36).

24. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die WHO die einzige Organisation der Vereinten Nationen mit hochgradig dezentraler Struktur ist. Jede der sechs WHO-Regionen verfügt über ein „souveränes“ Regionalkomitee und einen gewählten Regionaldirektor, der diesem

rechnungspflichtig ist – diese Struktur wird aufgrund ihrer demokratischen Impulse und ihrer Nähe zur Praxis im Allgemeinen als vorteilhaft für die Organisation angesehen. Das WHO-Regionalkomitee für Europa, das höchste Leitungsorgan der WHO in der Europäischen Region, besteht aus Vertretern aller Mitgliedstaaten der Region und tritt jedes Jahr im September für dreieinhalb Tage zusammen; auf diesen Tagungen formulieren die Mitgliedstaaten die Politik für die Region, geben Empfehlungen ab und beaufsichtigen die Arbeit des WHO-Regionalbüros. Das Regionalkomitee erörtert darüber hinaus auch den Haushalt und übermittelt der Generaldirektorin anschließend alle Ansichten, Stellungnahmen und Anregungen, damit diese in die abschließende Aufstellung des Haushalts einfließen können, bevor er der Weltgesundheitsversammlung zur Annahme vorgelegt wird.

25. Jede Analyse der Führungsarbeit der WHO auf regionaler Ebene muss im Rahmen der globalen Lenkungsmechanismen und -institutionen der Organisation erfolgen. Seit mehr als 60 Jahren bilden die Weltgesundheitsversammlung, der Exekutivrat, das Amt des Generaldirektors und die Einrichtungen im WHO-Hauptbüro sowie die entsprechenden Politiken und Instrumente (die Satzung, die Geschäftsordnung, Standards und Verhaltenskodizes der WHO sowie ihr Allgemeines Arbeitsprogramm) die wesentlichen Eckpunkte der Führungsarbeit in der Europäischen Region. In den letzten Jahrzehnten wurden verstärkt Anstrengungen mit dem Ziel unternommen, eine ungeteilte WHO („One WHO“) zu verwirklichen. Die derzeitige Generaldirektorin, Dr. Margaret Chan, hat eine bessere Abstimmung der Maßnahmen mit den sechs Regionaldirektoren auf ihre politischen Fahnen geschrieben. Insbesondere ihre in jüngster Zeit abgegebenen politischen Erklärungen lassen keinen Zweifel daran, dass sie die ungeteilte WHO als Hauptziel und Leitprinzip verfolgt, das zur Überwindung wahrgenommener bzw. tatsächlicher Herausforderungen beitragen sollte, die sich aufgrund der in der Satzung der Organisation festgeschriebenen dezentralen Struktur ergeben. Im Gegenzug beteiligen sich die Europäische Region und alle anderen Regionen am Geschehen auf der zentralen Ebene der Organisation und stehen vollauf hinter diesem koordinierten Ansatz.

26. Aus alldem leitet sich die politische Legitimität des Regionalkomitees für Europa ab. In diesem Zusammenhang sind zwei weitere wesentliche Grundsatzfragen zu behandeln, nämlich erstens die Repräsentativität des Regionalkomitees und zweitens seine Wirksamkeit.

27. Was die Repräsentativität betrifft, so stehen das Interesse der Mitgliedstaaten an der Teilnahme am Regionalkomitee für Europa sowie die Qualität dieser Mitwirkung außer Zweifel. Die Tagungen des Regionalkomitees haben seit Gründung der WHO jedes Jahr unter fast vollzähliger Beteiligung stattgefunden, ohne dass es zu Unterbrechungen oder größeren Zwischenfällen gekommen wäre. Auch an der durchgehend hochrangigen Beteiligung lässt sich das Interesse der Länder ablesen. So lag beispielsweise in den vergangenen 10 Jahren der Anteil der Gesundheitsminister, die die Delegation ihres Landes leiteten und zumindest an einem Teil der Tagung teilnahmen, bei durchschnittlich 38%. Die Mitgliedstaaten sind definitionsgemäß berechtigt, während der Tagungen des Regionalkomitees alle Fragen aufzuwerfen, die ihrer Ansicht nach von Bedeutung sind. Gemessen an der Rolle und den positiven Beiträgen der Vertreter der Mitgliedstaaten scheint das Format der Tagung den Erwartungen der Mitgliedstaaten nach einer völlig freien und offenen Aussprache insgesamt gerecht zu werden. In den letzten Jahren wurden auch Anstrengungen unternommen, um ranghöhere Teilnehmer zu gewinnen. Die Sitzungen haben u. a. durch kürzere Dauer, stärkere Zielausrichtung und organisatorische Änderungen an Dynamik gewonnen, und es gibt klare Signale für eine aktivere Beteiligung der Mitgliedstaaten. Es bedürfte eines systematischeren Ansatzes, um die Wirksamkeit der Arbeit des Regionalkomitees während der letzten Jahre festzustellen und Formate und Mechanismen zu ermitteln, die einen noch stärker partizipatorischen Ansatz fördern und beispielsweise den Mitgliedstaaten mehr Gelegenheit geben könnten, Diskussionsthemen vorzuschlagen oder konkrete Vorträge zu ausgewählten Themen vorzubereiten.

28. Die Wirksamkeit einer Institution wie des Regionalkomitees sollte letztendlich an ihrer Fähigkeit gemessen werden, die richtigen Perspektiven aufzuzeigen und entsprechende Handlungsrichtungen vorzugeben, und zwar sowohl in Bezug auf die politische Führungsrolle als auch im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit entscheidend wichtigen Fragen der öffentlichen Gesundheit. Dies steht mit seinem Mandat als wichtigstes Organ in der Region im Einklang und kommt ihm eher zu als einer Vereinigung, einem akademischen Forum oder einer Institution ähnlicher Art. Aus dieser Sicht ließe sich die Wirksamkeit der Arbeit des Regionalkomitees u. a. an der Zahl der verabschiedeten Resolutionen (5 bis 12 pro Tagung; während der letzten 10 Jahre durchschnittlich 8,4) und an den engen Verbindungen zwischen diesen Resolutionen und den jährlich von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten globalen Resolutionen (siehe Anhang 1) messen. In diesem Zusammenhang sind die Bemühungen auf der 58. Tagung des Regionalkomitees zu erwähnen, den Prozess der Rückmeldungen zu Resolutionen früherer Tagungen zu überprüfen und die Frage der fehlenden Fristsetzung in manchen Resolutionen anzugehen, woraufhin für alle künftigen Resolutionen die jeweilige Festlegung eines klaren Berichtszeitrahmens vereinbart wurde.

29. Eine Überprüfung der Programme der letzten zehn Tagungen des Regionalkomitees zeigt das klare Bestreben, die Diskussion über die dringendsten Fragen des politischen Tagesgeschehens mit der Erörterung der aktuellsten Sachthemen zu verbinden. Zu der ersten Kategorie gehören das Engagement der Mitgliedstaaten beim Betrieb ihrer eigenen Gesundheitssysteme (die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region als Fortsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa), die Notwendigkeit, die gesundheitliche Chancengleichheit in der Region zu verbessern (Millenniums-Entwicklungsziele), die im regionalen Handeln verankerten Werte (Bestandsaufnahme des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“) und mehrere weitere Themen. Beispiele für die letztere Kategorie sind dagegen die Diskussionen über umweltpolitische Fragen, nichtübertragbare Krankheiten, die Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems oder die Bestandsaufnahme der Tuberkulosesituation in der Europäischen Region.

30. Ein weiteres unverzichtbares Leitungsorgan in der Region ist der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC). Seit der ausdrücklichen Vereinbarung aus dem Jahr 1993 erfolgt die Führung der Europäischen Region der WHO während der Zeit zwischen den Tagungen des Regionalkomitees durch den SCRC, der aus einem Vorsitzenden und neun weiteren Vertretern von Mitgliedstaaten besteht, die zu diesem Zweck vom Regionalkomitee gewählt werden und die fünf oder sechs Mal, mindestens jedoch zweimal, pro Jahr zusammentreten (Resolution EUR/RC42/R5, 1993). Der SCRC ist in enger Abstimmung mit dem Regionaldirektor für die laufende Führung der Organisation verantwortlich und fungiert als Bindeglied zwischen dem Regionalkomitee und dem Regionalbüro. Er hat eine Doppelfunktion inne: als Vertreter des Regionalkomitees zwischen dessen jährlichen Tagungen und als Berater des Regionalbüros und des Regionaldirektors durch Übermittlung der Sichtweise der Mitgliedstaaten an das Sekretariat.

31. In der Praxis werden alle dem Regionalkomitee vorgelegten Entscheidungen vom SCRC vorab geprüft und gebilligt (37). Der SCRC ist allem Anschein nach ein kostenwirksamer Führungsmechanismus für die Organisation. Zwar verfügt er über keine Entscheidungsbefugnis, doch leistet er Orientierungshilfe für die Politik- und Programmentwicklung innerhalb der Region und war allem Anschein nach an der Erarbeitung der strategischen Beschlüsse des Regionalkomitees ordnungsgemäß beteiligt.

32. Der Regionaldirektor ist von Amts wegen Sekretär des Regionalkomitees und dessen sämtlicher Unterausschüsse, einschließlich des SCRC (38). In der Praxis fungiert das gesamte Regionalbüro als „Sekretariat des Regionalkomitees“. Im vergangenen Jahr hat das Sekretariat die Mitgliedstaaten im Rahmen einer Umfrage erstmals ausdrücklich zu ihren Ansichten und Erwartungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der WHO befragt. Die Rücklaufquote lag bei 62%. Danach beurteilen die Mitgliedstaaten die Art und Weise, wie das Sekretariat seine

Funktionen wahrnimmt, insgesamt positiv (etwa 85% der Antworten). Verbesserungsvorschläge betrafen hauptsächlich die Umsetzung von Grundwerten in die Praxis, die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, die Arbeit der Länderbüros, den Komplex Öffentlichkeitsarbeit, konkrete Bereiche der Gesundheitspolitik, die Gesundheitssysteme und einige weitere Aspekte (eine Zusammenfassung der Umfrageergebnisse findet sich in Anhang 2).

33. Ebenfalls von Bedeutung für die Führung der Region sind die regionalen Unterausschüsse. Nach der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des SCRC werden beide Ausschüsse in ihrer Tätigkeit von einer Reihe von Unterausschüssen (z. B. Ausschuss für Umwelt und Gesundheit, Regionale Auswahlkommission und andere Ad-hoc-Ausschüsse) unterstützt, die „zur Behandlung jedes Punktes seiner Tagesordnung und zur Berichterstattung darüber“ eingesetzt werden können. Dabei sind weder Zahl noch Kategorie dieser Unterausschüsse genau geregelt, und ihr Status richtet sich allein nach den Beschlüssen des Regionalkomitees und des SCRC.

34. Die Erfahrungen der letzten Jahre legen nahe, dass die von den regionalen Unterausschüssen erzielten Ergebnisse ebenso wie ihre Verbindungen zum SCRC und zum Regionalkomitee systematisch überprüft werden müssen. Eine maßgebliche Frage ist die nach der Angemessenheit der Berichtshierarchien. So erstattet beispielsweise der Unterausschuss Umwelt und Gesundheit nicht dem SCRC, sondern direkt dem Regionalkomitee Bericht, was dem Charakter des SCRC im Grunde zuwiderläuft. Ist dies wirklich die bestmögliche Regelung? Darüber hinaus scheinen einige Unterausschüsse bereits seit geraumer Zeit zu bestehen; wäre es nicht besser, ihr Mandat ebenso wie Resolutionen mit einer konkreten Fristsetzung zu versehen? Andere Unterausschüsse hingegen (z. B. die Regionale Auswahlkommission für die Ermittlung von Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors) verfügen nur über einen äußerst begrenzten Handlungsspielraum, weil sonst entweder die Rechte potenzieller Kandidaten verletzt würden oder die Bürokratie im demokratischen Prozess unnötig ausgeweitet würde. Der SCRC hat darüber hinaus die Aufgabe, den engeren Kandidatenkreis für Wahlen in verschiedene Ausschüsse festzulegen; wie nützlich dies ist, könnte diskutiert werden. Insgesamt gilt es, in Zukunft die Rolle der regionalen Unterausschüsse zu klären.

35. Ein weiterer Bereich, der der Aufmerksamkeit bedarf, sind die Verbindungen zwischen dem Exekutivrat der WHO auf globaler Ebene und der Arbeit des Regionalkomitees und des SCRC. Im SCRC hat eines der die Europäische Region vertretenden Exekutivratsmitglieder Beobachterstatus. Die Europäische Region hat derzeit acht Vertreter im WHO-Exekutivrat, der insgesamt 34 Mitglieder umfasst. Es wäre anzunehmen, dass diese Vertreter die Anliegen des Regionalkomitees für Europa dem Exekutivrat vortragen und dass umgekehrt die Anliegen des Exekutivrats vor den SCRC gebracht werden. Während dies beim SCRC gut zu funktionieren scheint, ist es umgekehrt nicht ganz klar, ob die die Europäische Region vertretenden Mitglieder des Exekutivrats gehalten sind, Sichtweisen und Interessen ihrer Region über andere mögliche Sichtweisen und Interessen zu stellen, wenn sie auf den Tagungen des Exekutivrats das Wort ergreifen; mit anderen Worten: Es ist nicht zweifelsfrei geklärt, ob und inwieweit durch diese Überschneidung der Mitgliedschaft zwischen Exekutivrat und SCRC eine inhaltliche Verbindung zwischen der Agenda des Regionalkomitees für Europa und der globalen Agenda des Exekutivrats gewährleistet ist.

36. Ferner geht auch aus keiner Rechtsdoktrin oder Vorschrift hervor, ob die die Europäische Region vertretenden Exekutivratsmitglieder die (vollauf legitimen) Ansichten ihrer Mitgliedstaaten oder aber ggf. die der Region vertreten sollen. Ungeachtet des Rechts einzelner Mitglieder auf Vertretung ihrer persönlichen Ansichten sowie der Sichtweisen und Interessen der Mitgliedstaaten, die sie vertreten, bedarf es wohl transparenter Mechanismen, um erforderlichenfalls eine wirksamere Darstellung der Sichtweise der Region zu gewährleisten. Insgesamt wären explizitere Abstimmungsmechanismen mit den die Europäische Region vertretenden Exekutivratsmitgliedern wünschenswert, damit sichergestellt ist, dass diese die Sichtweise der Europäischen Region darlegen.

37. Zusätzliche Fragen entstehen auch durch den hohen Stellenwert, den das Regionalkomitee seit einigen Jahren effizienten und wertschöpfenden Partnerschaften beimisst. Es ist darauf zu achten, auf welche Weise die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, die auch anderen supranationalen Organisationen angehören, ihre Standpunkte im Exekutivrat, in der Weltgesundheitsversammlung und in anderen Gremien vorbringen. Dies betrifft insbesondere die EU, deren 27 Mitgliedstaaten allesamt unter den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zu finden sind. So bezeichnete beispielsweise das Regionalkomitee auf seiner 56. Tagung bei den Diskussionen zum Thema „Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa“ die EU als einzigartig wichtigen Partner. Mit der EU bestehen spezielle Koordinierungsmechanismen, über die das Regionalkomitee regelmäßig informiert wird. Da es nicht ungewöhnlich ist, dass auf den Tagungen des Exekutivrats einer oder mehrere Mitgliedstaaten für die EU als Institution das Wort ergreifen, bedarf es einer sorgfältigen Analyse der möglichen Alternativen und ihrer Auswirkungen auf die Führungsarbeit an sich. Insbesondere ist eine sorgfältige Abstimmung mit den Nichtmitgliedern der EU anzuraten.

Themen und Empfehlungen

38. Welches sind die Präferenzen der Mitgliedstaaten bezüglich der Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region? Wie kann die Führungsarbeit auf nationaler und auf internationaler Ebene sowie innerhalb des Regionalbüros für Europa verbessert werden? Es steht zu erwarten, dass sich nach einer hochgradig politischen Debatte in den kommenden Monaten ein klareres Bild abzeichnen wird. In der Zwischenzeit sind inhaltliche und verfahrenstechnische Fragen zu allgemeinen sowie zu konkreten, das Regionalbüro betreffenden Angelegenheiten Gegenstand der nachstehenden Liste von Empfehlungen zur Behandlung durch den SCRC und das Regionalkomitee. Auf konkrete nationale Anliegen wird hier – trotz ihrer erheblichen Bedeutung – nicht eingegangen, es sei denn, dass sich Mitgliedstaaten zur Weitergabe solcher Informationen an andere Mitglieder des Regionalkomitees entschließen. Das Regionalkomitee wird gebeten, die internationale Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region in den Mittelpunkt zu stellen, geeignete Sachthemen zu identifizieren und zu entscheiden, wo in Zukunft nachzuhaken ist.

Allgemeine Fragen in Bezug auf Führungsarbeit

39. Das Regionalkomitee könnte sich vornehmen, sich mit dem umfassenderen Bild der Führung im Gesundheitswesen in der Region explizit auseinanderzusetzen, indem es die „gute Führung im Gesundheitswesen in Europa“ auf nationaler wie internationaler Ebene als Konzept (dem Wesen nach) und insbesondere als operative Größe (in der Praxis) definiert. Diese Definitionen könnten an den in diesem Papier festgelegten Dimensionen der Führung – nämlich der Theorie, dem dynamischen Prozess und den beteiligten Strukturen/Instrumenten – ausgerichtet werden. Dabei wäre es wichtig, die Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure so klar wie möglich abzugrenzen.

40. Das Regionalkomitee könnte die Mitgliedstaaten möglicherweise daran erinnern, dass gute Führungsarbeit nicht notwendigerweise mit einer ausufernden Bürokratie verbunden ist. Bei der Definition des Führungsbegriffs sollten Kostenwirksamkeit und die Gleichbehandlung der Länder (eine niedrige Regulierungsdichte) berücksichtigt werden.

41. Die Charta von Tallinn ist ein äußerst wichtiges Instrument für die Führung im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang bedarf es weiterer Forschungsarbeiten, um die Zusammenhänge zwischen guter Führungsarbeit und Gesundheit sowie zwischen guter Führungsarbeit und anderen Ergebnissen der Gesundheitssysteme zu klären. Das Regionalkomitee wird dazu ermutigt, die Fortsetzung der im Rahmen der Konferenz von Tallinn bereits durchgeführten

Arbeiten zu unterstützen und für eine stärkere Beteiligung des Europäischen Beratungsausschusses für Gesundheitsforschung an diesem Prozess zu sorgen.

42. Das Regionalkomitee könnte möglicherweise auch die auf seiner 58. Tagung verabschiedete Resolution bekräftigen, in der ein Bedarf an Instrumenten zur Messung der Führungsarbeit festgestellt wurde, und gleichzeitig ungefähre Angaben zum Zeitbedarf und zu den erwarteten Ergebnissen machen.

43. Das Regionalkomitee könnte erwägen, in den kommenden Jahren eine Reihe von Studien in Auftrag zu geben, um die genannten inhaltlichen Fragen zu untersuchen und festzustellen, welche Kontextfaktoren einer guten Führung im Gesundheitswesen zuträglich sind. Der Bewertung des unmittelbaren Beitrags „guter Verfahren“ zum Erfolg sollte besonderes Gewicht beigemessen werden. Ein möglicher Weg führt über ausgewählte Fallstudien für erfolgreiche Führungsarbeit in der Region (gemessen an besseren Gesundheitsergebnissen, verstärktem Zugang, besserer sozialer Absicherung usw.). Wie bereits erwähnt, sollten die Gruppen von Beispielen für gute Führungsarbeit im Kontext von Gesundheitsreformen bewährte Verfahren in den folgenden Bereichen umfassen: 1) Übernahme einer Führungsrolle; 2) Beteiligung der maßgeblichen Akteure sowie der Patienten und 3) Transparenz und Weitergabe von Erkenntnissen.

Führungsfragen im WHO-Regionalbüro für Europa

44. Dem Regionalkomitee wird geraten, die Zahl der bestehenden Unterausschüsse sowie deren Mandat, Status und Arbeitsweise zu überprüfen und in Bereichen, in denen Handlungsbedarf besteht, rasch zur Tat zu schreiten. So könnte beispielsweise bewertet werden, inwieweit die Regionale Auswahlkommission für die Ermittlung von Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors einen Mehrwert bzw. zusätzliche Wirkung schafft. Im Hinblick auf die Rolle des SCRC bei den Wahlen zu verschiedenen Unterausschüssen könnte analog vorgegangen werden. Darüber hinaus sollten alle Unterausschüsse systematisch dem SCRC Bericht erstatten und ihr Mandat sollte klar zeitlich begrenzt sein.

45. Dem Regionalkomitee wird empfohlen, die Verbesserung der Mechanismen zur Koordination mit dem Exekutivrat, der Weltgesundheitsversammlung und anderen ähnlichen Foren zu untersuchen. Hierbei könnten die Mitglieder des Exekutivrats ggf. um Darstellung der Sichtweise der Europäischen Region gebeten werden; ferner könnte die Rolle des die Europäische Region vertretenden Exekutivratsmitglieds im SCRC gestärkt werden, und es könnten eine bessere Vorbereitung der Sitzungen während der Weltgesundheitsversammlung sowie eine bessere Koordination mit der EU gewährleistet werden, damit die Ansichten anderer Länder der Europäischen Region ebenfalls eingebracht werden können.

46. Das Regionalkomitee wird gebeten, den SCRC zu beauftragen, ihm auf der 60. Tagung Bericht zu erstatten und einige wenige, klare und gezielte Initiativen zur Verbesserung der Führungsarbeit in der Europäischen Region der WHO vorzuschlagen, die nach Bedarf weiterverfolgt werden sollen.

Literatur²

1. Rhodes RAW. *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham, Open University Press, 1997.
2. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):732–739 (http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000600005&script=sci_arttext).
3. Reich MR. Reshaping the state from above, from within, from below: Implications for public health. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(11):1669–1675 (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-44CN141-3&_user=3824252&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=947060025&_rerunOrigin=google&_acct=C000055308&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3824252&md5=9c6ba26947d25d27d7bbf9110f16901e).
4. Rhodes RAW. What is new about governance and why does it matter? In: Hayward J, Menon A, eds. *Governing Europe*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
5. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. *Governance matters*. Washington DC, World Bank, 1999 (Policy Research Working Paper No. 2196; http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/10/27/000094946_99101105050694/Rendered/PDF/multi_page.pdf).
6. *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
7. Agere S. *Promoting good governance: Principles, practices and perspectives*. London, Commonwealth Secretariat, 2000 (Managing the public service: Strategies for improvement series).
8. *Europäisches Regieren: Ein Weissbuch*. Brüssels Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2001 (http://ec.europa.eu/governance/white_paper/index_en.htm).
9. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
10. Travis P et al. *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>).
11. *Die Charta von Tallinn : Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>).
12. Reidpath D, Allotey P. Structure (governance) and health: An unsolicited response. *BMC International Health and Human Rights*, 2006, 6:12 (<http://www.biomedcentral.com/1472-698x/6/12>).
13. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=German>).
14. Blackman et al. Performance assessment and wicked problems: The case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 2006, 21(2):66–80.
15. Figueras J et al. *Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Bewertung der Argumente für Investitionen in Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008. (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_gBD3.pdf).

² Alle Websites eingesehen am 17. Juli 2009.

16. *Declaration of European Union Member States on "Health in All Policies", Rome, 18 December 2007*, Copenhagen, Brussels, WHO Regional Office for Europe, European Commission, 2007 (http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf).
17. Rhodes RAW. The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 1996, 44(4):652–667 (<http://law.hku.hk/gl/rhodes.pdf>).
18. Pierre J, Peters BG. *Governance, politics and the state*. Basingstoke, MacMillan, 2000.
19. Lalonde M. *A new perspective on the health of the Canadians*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1976.
20. Evans R, Barer M, Marmor T, eds. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
21. Arah OA et al. Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal of Quality Health Care*, 2006, 18(Suppl.)1:5–13.
22. *The World Health Report 2003. Shaping the Future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en/>).
23. *Health impact assessment: Main concept and suggested approach*. Brussels, European Centre for Health Policy, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf>).
24. Salamon LM, ed. *The tools of government: A guide to the new governance*. New York, Oxford University Press, 2002.
25. Zito A, Radaelli C, Jordan A. Introduction to the Symposium on 'New' Policy Instruments in the European Union. *Public Policy and Administration*, 2003, 81(3):509–511.
26. Hood C. The tools of government in the information age. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, eds. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2006:469–481.
27. Lewis R, Alvarez-Rosete A, Mays N. *How to regulate health care in England: An international perspective*. London, King's Fund, 2006 (http://www.kingsfund.org.uk/research/publications/how_to_regulate.html).
28. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/6/371>).
29. Bovens M. *Analysing and assessing public accountability; a conceptual framework*. Utrecht, European Governance Papers (EUROGOV), 2006 (C-06-01; <http://www.connex-network.org/eurogov/pdf/egp-connex-C-06-01.pdf>).
30. Tuohy CH. Agency, contract and governance: Shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003, 28(2–3):195–215.
31. Gostin L, Archer R. The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights, and international law. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2007, 35:526 (<http://www.labmeeting.com/paper/9439626/gostin-archer-2007-the-duty-of-states-to-assist-other-states-in-need-ethics-human-rights-and-international-law>).
32. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. *Governance matters VI: Governance indicators for 1996–2006*. Washington, World Bank, 2007 (World Bank Policy Research Working Paper No 4280; <http://info.worldbank.org/governance/wgi2007/>).
33. Kickbusch I. Perspectives on health governance in the twenty-first century. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*, London, BMJ books, 2002:206–230.

34. Smith P et al. *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
35. Papanicolas I, Smith P, Mossialos M. Principles of performance measurement. *Euro Observer*, 10(1):1–5 (2008).
36. *Constitution of the World Health Organization*. New York, United Nations, 1946 (http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd46/e-bd46_p2.pdf).
37. *Informationsnotiz zur Funktion und Arbeitsweise des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1982 (EUR/RC42/4; http://www.euro.who.int/document/rcpolicy/gscrc_infdoc_wow.pdf).
38. *Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (einschließlich der am 10. September 2001 verabschiedeten Änderungen)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (<http://www.euro.who.int/Document/rcpolicy/grscrcproc2001.pdf>).

Anhang 1

Verbindungen zwischen den vom WHO-Regionalkomitee für Europa und den von der Weltgesundheitsversammlung im Zeitraum 2004–2008 verabschiedeten Resolutionen

Es wurde der Versuch unternommen, zwischen den Resolutionen des Regionalkomitees zu Fragen der öffentlichen Gesundheit aus den vergangenen fünf Jahren (2004–2008) und den einschlägigen globalen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung in demselben Zeitraum eine Verbindung herzustellen. Wie die untenstehende Tabelle zeigt, besteht eine starke Verbindung. Allerdings können nur 34% der auf globaler Ebene verabschiedeten Resolutionen zu den vom Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen in Beziehung gesetzt werden; dies könnte bis zu einem gewissen Grad darauf zurückzuführen sein, dass manche Resolutionen thematisch für die Europäische Region von geringerer Bedeutung sind.

Vom Regionalkomitee verabschiedete Resolutionen	Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung
Umwelt und Gesundheit (2004, EUR/RC54/R3)	Strategisches Konzept für das internationales Chemikalienmanagement (2006, WHA59.15) Klimawandel und Gesundheit (2008, WHA61.19)
Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2004, Resolution EUR/RC54/R4) Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO (2006, Resolution EUR/RC56/R2)	Prävention und Bekämpfung von Krebs (2005, WHA58.22) Ergebnisse der ersten Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (2006, WHA59.17) Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten: Umsetzung der globalen Strategie (2007, WHA60.23) Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten: Umsetzung der globalen Strategie (2008, WHA61.14)
Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO (2005, EUR/RC55/R1)	Durch Alkoholmissbrauch verursachte Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2005, WHA58.26) Strategien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs (2008, WHA61.4)

Vom Regionalkomitee verabschiedete Resolutionen	Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung
<p>Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (2005, EUR/RC55/R6)</p>	<p>Familie und Gesundheit im Kontext des zehnten Jahrestages des Internationalen Jahres der Familie (2004, WHA57.11)</p> <p>Maßnahmen für eine flächendeckende Versorgung mit gesundheitspolitischen Interventionen zugunsten von Müttern, Neugeborenen und Kindern (2005, WHA58.31)</p> <p>Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (2005, WHA58.32)</p> <p>Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (2006, WHA59.21)</p> <p>Bessere Arzneimittel für Kinder (2007, WHA60.20)</p> <p>Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern: Zweijährlicher Zwischenbericht (2008, WHA61.20)</p>
<p>Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO (2005, EUR/RC55/R7)</p>	<p>Globale Immunisierungsstrategie (2005, WHA58.15)</p> <p>Globale Immunisierungsstrategie (2008, WHA61.15)</p>
<p>Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ des WHO-Regionalbüros für Europa (2005, EUR/RC55/R8)</p>	<p>Nachhaltige Gesundheitsfinanzierung und universelle soziale Krankenversicherung (2005, WHA58.33)</p> <p>Reformprozess der Vereinten Nationen und die Rolle der WHO bei der Harmonisierung operativer Entwicklungsaktivitäten auf Länderebene (2005, WHA58.25)</p> <p>Notfallvorsorge und Notfallmaßnahmen (2006, WHA59.22)</p> <p>Gesundheitssysteme: Notfallversorgungssysteme (2007, WHA60.22)</p>
<p>Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO (2005, EUR/RC55/R9)</p>	<p>Straßenverkehrssicherheit und Gesundheit (2004, WHA57.10)</p>
<p>Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region (2007, EUR/RC57/R1)</p>	<p>Grenzüberschreitende Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern (2004, WHA57.19)</p> <p>Grenzüberschreitende Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern (2005, WHA58.17)</p>

Vom Regionalkomitee verabschiedete Resolutionen	Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung
<p>Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO: Gesundheitssysteme und die Gesundheit von Müttern und Kindern – Erkenntnisse (2007, EUR/RC57/R2)</p>	<p>Beschleunigung der Fortschritte hinsichtlich international vereinbarter gesundheitsbezogener Entwicklungsziele, darunter die in der Millenniums-Erklärung (2005, WHA58.30)</p> <p>Maßnahmen für eine flächendeckende Versorgung mit gesundheitspolitischen Interventionen zugunsten von Müttern, Neugeborenen und Kindern (2005, WHA58.31)</p> <p>Überwachung der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (2008, WHA61.18)</p>
<p>Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas, u. a. durch den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007, EUR/RC57/R4)</p>	<p>Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit (2004, WHA57.17)</p> <p>Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (2006, WHA59.21)</p> <p>Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern: Zweijährlicher Zwischenbericht (2008, WHA61.20)</p>
<p>Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (2008, EUR/RC58/R4)</p>	<p>Grenzüberschreitende Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern (2005, WHA58.17)</p> <p>Überwachung der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (2008, WHA61.18)</p>
<p>Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit: Die Rolle der Gesundheitssysteme (2008, EUR/RC58/R8)</p>	<p>Durch Alkoholmissbrauch verursachte Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2005, WHA58.26)</p> <p>Strategien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs (2008, WHA61.4)</p>

Anhang 2

Kurzfassung und wichtigste Resultate der Umfrage über die Zufriedenheit der Mitgliedstaaten

Kurzfassung

Auf Empfehlung des Regionalkomitees und im Einklang mit den Bemühungen des Regionalbüros um weitere Optimierung seiner Arbeit wurde 2008 eine Umfrage über die Zufriedenheit der Mitgliedstaaten durchgeführt. Hauptziel der Umfrage war es, die Ansichten der Mitgliedstaaten zu ihrer Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro einzuholen und Informationen darüber zu erhalten, wie zufrieden sie mit der Art der Umsetzung der Länderstrategie durch das Regionalbüro sind.

Die Mitgliedstaaten wurden daher gebeten, einen für diesen Zweck konzipierten Fragebogen auszufüllen, der verschiedene Aspekte und Dimensionen der Tätigkeit des Regionalbüros in den Ländern der Europäischen Region der WHO sowie der Zusammenarbeit mit diesen Ländern abdeckte. Insgesamt gingen Antworten von 33 Mitgliedstaaten ein, was einer Rücklaufquote von 62% entspricht.

Die wichtigsten Ergebnisse der Umfrage sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

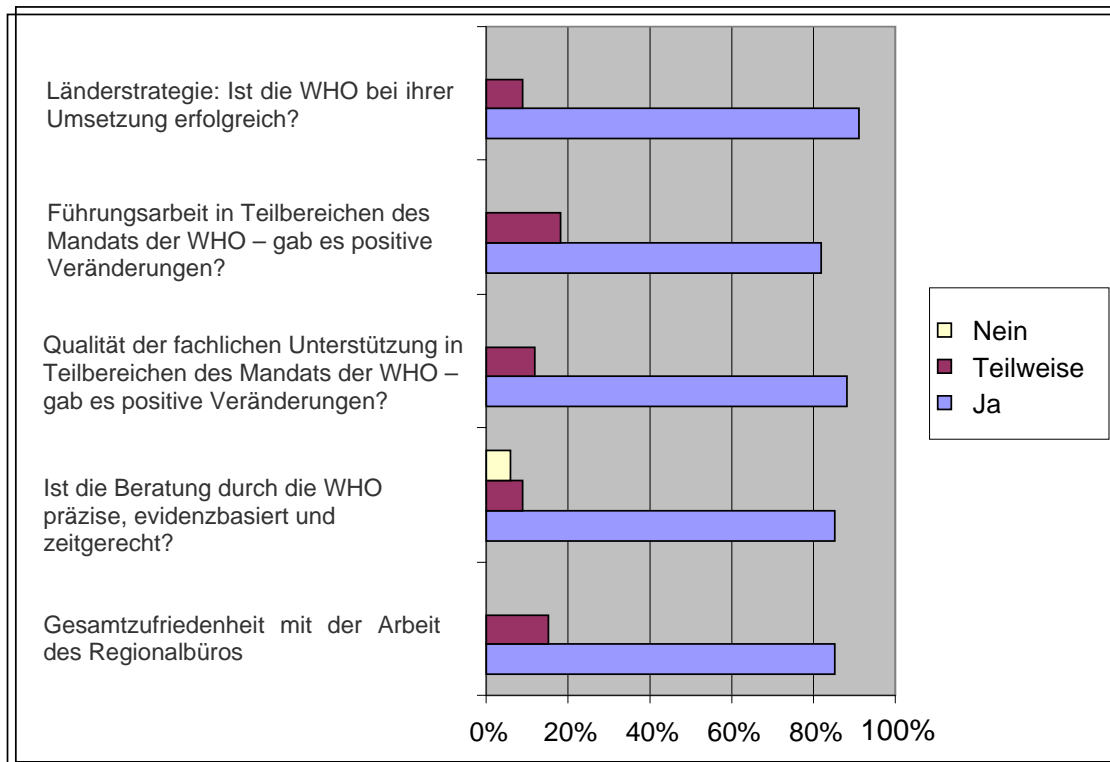
Gegenstand	Ja	Teilweise	Nein
Länderstrategie: Ist die WHO bei ihrer Umsetzung erfolgreich?	85%	15%	
Führungsarbeit in Teilbereichen des Mandats der WHO – gab es positive Veränderungen?	85%	9%	6%
Qualität der fachlichen Unterstützung in Teilbereichen des Mandats der WHO – gab es positive Veränderungen?	88%	12%	
Ist die Beratung durch die WHO präzise, evidenzbasiert und zeitgerecht ?	82%	18%	
Gesamtzufriedenheit mit der Arbeit des Regionalbüros	91%	9%	

Diese Umfrage wird in Zukunft alle zwei Jahre durchgeführt. Der Regionaldirektor und das Führungsteam im Regionalbüro werden dafür sorgen, dass den von den Mitgliedstaaten geäußerten Ansichten weiter nachgegangen wird und dass ihnen entsprechende praktische Konsequenzen folgen.

Wichtigste Resultate

Bis zum 31. März 2009 waren 33 Antworten von Mitgliedstaaten eingegangen, was insgesamt einer Rücklaufquote von 62% entspricht.

Eine **quantitative** Zusammenfassung der Antworten der Mitgliedstaaten findet sich im nachstehenden Diagramm.



Eine Zusammenfassung der **qualitativen** Anmerkungen der Mitgliedstaaten findet sich nachstehend.

Sind Sie der Ansicht, dass das Regionalbüro seine Länderstrategie insgesamt erfolgreich durchführt?

- Ja: 85%
- Teilweise: 15%

Wo sich die WHO bewährt hat:

- Sie stellt Hilfe und Sachverstand bei der Aufstellung nationaler Gesundheitskonzepte und -strategien in verschiedenen Themenbereichen bereit (z. B. öffentliche Gesundheit, Alkoholmissbrauch, psychische Gesundheit, Malaria, Vogelgrippe).
- Sie unterstützt die Entwicklung von Gesundheitssystemen durch Beratungs- und Analyseangebote.
- Sie wahrt die Zielausrichtung der Länderstrategie auf die Stärkung der Gesundheitssysteme (Konferenz von Tallinn) und der Länderpräsenz der WHO.
- Sie gibt bewährte Verfahren und Lösungen weiter und verteilt evidenzbasierte Informationen.

- Sie leistet hochwertige fachliche Hilfe auf bestimmten Gebieten (Gesundheitsökonomie und Finanzierung, Leistungsüberprüfung in Gesundheitssystemen, Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, Internationale Gesundheitsvorschriften, nationale Arzneimittelpolitik, Vorsorge- und Reaktionskapazitäten von Krankenhäusern).
- Sie leistet hochwertige fachliche Hilfe bei der Ausarbeitung einer Reihe wichtiger Programme: Strategie für reproduktive Gesundheit; Integriertes Management von Kinderkrankheiten; Die Schwangerschaft risikoärmer machen; nationale Impfpläne; Tuberkulosebekämpfung; Programm gegen Krebs; HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen; Eindämmung des Tabakgebrauchs.
- Sie hat während eines Mumps-Ausbruchs sehr reaktionsschnell gehandelt, bei Hochwasserereignissen Hilfe geleistet und ein nationales Koordinationszentrum für gesundheitliche Notlagen und Katastrophen unterstützt.
- Sie unterstützt die Entwicklung und Einführung umfassender Reformprogramme im öffentlichen Gesundheitswesen.

Wo besteht noch Verbesserungsbedarf?

- Die Aufmerksamkeit sollte gezielter auf die Erreichung greifbarer praktischer Ergebnisse bei der Umsetzung der Länderstrategie gerichtet werden.
- Für die wirksame Kommunikation mit den Medien während Reformen im Gesundheitswesen sollte eine geeignete Strategie entwickelt werden.
- Durch langfristige Anwerbung hoch qualifizierter und international anerkannter Fachleute sollte der vorhandene Sachverstand gestärkt und die erforderliche Kontinuität gewährleistet werden. Diskrepanzen zwischen den gesetzten Prioritäten und dem in der Organisation vorhandenen Sachverstand sollten möglichst vermieden werden.
- Interne Verfahren in Personalwesen und Personalgewinnung sollten optimiert werden, um eine rasche Einstellung sowie Kontinuität und Sachverstand im Einklang mit den Prioritäten der Organisation zu gewährleisten.
- Es sollte klarer Stellung bezogen werden, um zu vermeiden, dass gesundheitspolitische Themen von anderen Interessen, z. B. wirtschaftlicher oder finanzieller Art, vereinnahmt werden.
- Mehr von der WHO unterstützte Projekte sollten in Industrieländern durchgeführt werden.
- Die Problemlösungskapazitäten sollten erhöht und dabei sowohl Zielvorgaben als auch Ergebnisse quantitativ gemessen und verifiziert werden; für die Aufstellung von Zielvorgaben in der nationalen Gesundheitspolitik sollten evidenzbasierte Argumente verwendet werden.
- Dem Programm Klimawandel und Gesundheit sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- (seitens einiger Länder Westeuropas): Die Hilfe der WHO ist von geringerer Bedeutung, und ihre Aktivitäten auf nationaler Ebene sind begrenzt, obwohl ihre Bedeutung für die Region ebenso anerkannt wird wie die Führungsrolle der WHO im Bereich der Gesundheit insgesamt. Die Zusammenarbeit mit den westeuropäischen Ländern muss auf deren konkrete Bedürfnisse zugeschnitten werden und mehr Aufmerksamkeit und Ressourcen erhalten.

Konkrete Dimensionen der Umsetzung der Länderstrategie (Führungskompetenz, fachliche Unterstützung)

Gab es Ihrer Ansicht nach positive Veränderungen hinsichtlich der Art und Weise, wie das Regionalbüro seine *Führungsrolle* im Aufgabenbereich der WHO wahrgenommen und aufrechterhalten hat?

- Ja: 85%
- Nein: 6%
- Teilweise: 9%

Gab es Ihrer Ansicht nach positive Veränderungen hinsichtlich der Art und Weise, wie das Regionalbüro *fachliche Unterstützung* im Aufgabenbereich der WHO geleistet hat?

- Ja: 88%
- Teilweise: 12%

Wo sich die WHO bewährt hat:

- Sie ist ihrer Führungsrolle voll gewachsen und nimmt sie eher konsultativ als präskriptiv wahr.
- Sie liefert wertvolle Informationen und leistet fachliche Unterstützung bei der Einbindung lokaler Experten.
- Sie gibt die richtigen Informationen weiter: sachdienlich, hochwertig und aktuell.
- Sie unterstützt die Politikgestaltung auf nationaler Ebene.
- Sie erarbeitet fachliche Leitlinien und Modelle für empfehlenswerte Praxis.
- Sie leistet praktische Unterstützungsarbeit.
- Sie fördert die Stärkung von Aufsicht und Führungskompetenz in den Gesundheitssystemen.
- Sie bereitet zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCA) vor und setzt sie um.
- Sie fördert die Kommunikation durch ihre Website.
- Sie arbeitet eng mit der Europäischen Union (EU) sowie mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen zusammen.
- Sie arbeitet kosteneffektiv.
- Sie veranstaltet internationale Tagungen und Konferenzen, die ein Forum für wichtige Diskussionen bieten.
- Sie wählt die Themen für das Regionalkomitee sorgfältig aus, damit sie den jeweils geltenden Prioritäten entsprechen.
- Sie leistet fachliche Unterstützung bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, bei der Eindämmung des Tabakgebrauchs, im Bereich Umwelt und Gesundheit, bei der Arzneimittelpolitik, der Personalplanung im Gesundheitswesen, der Entwicklung des Komplexes e-Gesundheit und beim Kapazitätsausbau für das Krisenmanagement im Gesundheitswesen sowie in mit Tuberkulose zusammenhängenden Fragen.
- Sie weist eine besonders positive Bilanz hinsichtlich der Führungs- und Fachkompetenz auf dem Gebiet der Malaria, der psychischen Gesundheit und der Patientensicherheit auf.

Wo besteht noch Verbesserungsbedarf?

- Die in Krisensituationen abgegebenen Erklärungen sollten klar formuliert sein.

- Die WHO sollte weniger vage philosophische Erklärungen abgeben, sondern das Gewicht vielmehr auf hohe Durchführungskapazitäten und rasche Gegenmaßnahmen in Krisenzeiten legen.
- Sie sollte eine Abstimmung ihrer Arbeit mit den entsprechenden Tätigkeiten der EU gewährleisten und die Doppelarbeit verringern, zu der es zwischen ihr und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) kommt.
- Sie sollte weniger Papierdokumente und mehr elektronische Publikationen erstellen.
- Sie sollte weniger politisch tätig sein, dafür aber mehr Fachberater einstellen.
- Sie sollte lokale und nicht nur externe Sachverständige einsetzen.
- Sie sollte in den Ländern die Modelle bewährter Verfahren auf nationaler und sektorübergreifender Ebene stärker fördern.
- Sie sollte auf dem Gebiet der geschlechtsdifferenzierten Gesundheitsaspekte eine stärkere Führungsrolle wahrnehmen und mehr fachliche Kapazitäten bereitstellen.

Leistungserbringung: Qualität der Interaktionen und der Zusammenarbeit

Erhalten Sie zutreffende Sachinformationen und verlässliche, evidenzbasierte Beratung in *Fach- bzw. Grundsatzfragen*? Erhalten Sie diese zeitig und entsprechen sie Ihren Anforderungen?

- Ja: 82%
- Teilweise: 18%

Wo sich die WHO bewährt hat:

- Sie hat ihre Bereitschaft, Kompetenz und Reaktionsschnelligkeit unter Beweis gestellt.
- Ihre Arbeit ist von hoher Qualität, ihre Mitarbeiter werden als sehr kompetent, effizient und hoch qualifiziert eingeschätzt.
- Sie geht bei der Zusammenarbeit inzwischen deutlich besser und rascher auf ihre Partner ein.
- Sie liefert zutreffende Sachinformationen und verlässliche, evidenzbasierte Beratung in Fach- und Grundsatzfragen.
- Sie hat die Datenbank „Gesundheit für alle“ erstellt.
- Sie bewahrt die Werte der WHO.
- Ihre Zusammenarbeit mit der EU ist anerkennenswert.
- Sie hat verschiedene Projekte, z. B. für Arzneimittelpolitik, nationale Aktionspläne für Verletzungsprävention bei Kindern und Katastrophenmanagement in Krankenhäusern, erfolgreich durchgeführt.

Wo besteht noch Verbesserungsbedarf?

- Die Website sollte Kontaktangaben für die Mitarbeiter der WHO enthalten.
- Schlussfolgerungen und Prognosen sollten auf aktuellen statistischen Daten beruhen.
- Interaktionen könnten effizienter gestaltet werden.
- Daten sollten mit deutlichen Quellenangaben versehen werden.
- Die Qualität der Informationen muss verbessert werden.
- Es sollte ein Datenabgleich mit anderen internationalen Organisationen erfolgen.

- Tagungstermine sollten weniger knapp angesetzt und die Dokumente früher vorgelegt werden.
- Fragebögen sollten rasch ausgewertet werden, da sonst die Ergebnisse für die Mitgliedstaaten nicht mehr oder nur noch teilweise relevant sind.
- Die Reaktionszeiten im Krisenmanagement sollten verkürzt werden.
- Es sollten Expertenbesuche organisiert werden.
- Die Kostenwirksamkeit sollte verbessert werden: Die tatsächlichen Ergebnisse entsprechen nicht immer den Erwartungen.

Gesamtzufriedenheit mit der Arbeit des Regionalbüros

- Zufrieden: 91%
- Teilweise zufrieden: 9%

Wo das Regionalbüro anhaltend gute Arbeit leistet:

- Ständiger Evaluations- und Verbesserungsprozess und
- Dialog mit den Mitgliedstaaten.

Prioritäten für die Verbesserung der Arbeit des Regionalbüros in den Mitgliedstaaten und der Zusammenarbeit mit diesen

Auf Organisationsebene:

- Stärkung und bessere Integration der Programme für öffentliche Gesundheit in die Gesundheitssysteme und die Programme des WHO-Hauptbüros;
- Stärkung des Bereichs der wirtschaftlichen Evaluation auf Regionalebene, Verbesserung der Kostenwirksamkeit der Maßnahmen, Vermeidung überflüssiger Vorbereitungsstagen;
- Erstellung eines transparenteren und klaren Organigramms, um die Mitgliedstaaten zur richtigen Anlaufstelle in der Organisation zu führen.

Konzeptionelle Beratung:

- Evidenzbasierte Empfehlungen, bei denen messbare Ergebnisse im Vordergrund stehen;
- Anleitung zur wirksamen Umsetzung von Grundwerten (Gerechtigkeit, Solidarität);
- Weiterentwicklung der Länderstrategie;
- systemweiter Ansatz, der auch andere Fachministerien einschließt;
- Schulungsmaßnahmen für Politiker;
- Hilfe bei der Umsetzung der Charta von Tallinn;
- Gesundheitssicherheit – Wege zu konstruktiven Arbeitsbeziehungen zwischen der WHO und der EU;
- größere Klarheit bezüglich der Aufgabenteilung zwischen WHO und ECDC;
- Forschungsk Kooperation;
- weiterreichende Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen.

Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Länder:

- Schließung der Kluft zwischen Mitgliedstaaten im westlichen und östlichen Teil der Region – umfassendere Konsultationen mit den Mitgliedstaaten;
- weitere Stärkung der WHO-Länderbüros, einschließlich ihrer Rolle bei der Erfüllung ihres von den Vereinten Nationen erteilten Mandats;
- Berücksichtigung der Bedürfnisse, die den Ländern aus dem EU-Beitrittsprozess entstehen;
- Hilfe bei Prioritätsprogrammen, namentlich Fortbildung von WHO-Mitarbeitern und lokalen Experten im Hinblick auf diese Prioritäten auf nationaler Ebene;
- Gewährleistung der Einhaltung von Fristen und Bestimmungen bei der Durchführung der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen;
- Schaffung eines Forums zur Erörterung der Bedürfnisse nichtstaatlicher Organisationen, um deren Rolle auf nationaler und regionaler Ebene zu stärken;
- Befriedigung des ständigen Koordinierungsbedarfs zwischen allen Organisationen der Vereinten Nationen im Land.

Programme:

- Primäre Gesundheitsversorgung; Ungleichheiten im Gesundheitsbereich; integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme (jährliche Zielsetzungstreffen könnten sich als nützlich erweisen);
- HIV/Aids, übertragbare Krankheiten im Allgemeinen, mit Schwerpunkt auf den Ländern Ost- und Südosteuropas.

Kommunikation/Erkenntnisse:

- Sicherstellung einer höheren Präsenz in den lokalen Medien;
- weitere Verbesserung der Website des Regionalbüros;
- weitere Verbesserung der Datenbank „Gesundheit für alle“;
- Sondierung weiterer Möglichkeiten für den Austausch einschlägiger Erfahrungen.

Anhang 3

Verteilung der Sitze der Europäischen Region im Exekutivrat und dafür geltende Auswahlkriterien

Hintergrund und Einführung

1. Der Zehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) hat den Prozess der Besetzung freier Sitze im Exekutivrat evaluiert; die Ergebnisse dieser Evaluation hat sich das Regionalkomitee für Europa auf seiner 53. Tagung mit der Resolution EUR/RC53/R1 zu eigen gemacht. In der genannten Resolution ersuchte das Regionalkomitee den SCRC, die bei der Umsetzung der Empfehlungen gewonnenen Erfahrungen auszuwerten und dem Regionalkomitee auf dessen 60. Tagung (RC60) im Jahr 2010 über seine Erkenntnisse zu berichten.
2. In Vorbereitung auf die Prüfung dieser Frage auf dem RC60 begann der Sechzehnte SCRC mit ihrer Erörterung. Der Siebzehnte SCRC wird diese Arbeiten im kommenden Jahr fortsetzen.
3. Nach der bisherigen Praxis empfiehlt der SCRC dem Regionalkomitee den Entwurf einer Liste der engeren Wahl, die nicht nur auf den jeweiligen Mitgliedstaat und Kandidaten betreffenden Kriterien, sondern auch (stark) auf der Zugehörigkeit des Landes zu geografischen Gruppierungen beruht. Der SCRC war stets bestrebt, genauso viele Namen wie freie Stellen auf der Liste der engeren Wahl zu verzeichnen, deren Entwurf am ersten Morgen der Tagung des Regionalkomitees verteilt wird.
4. Dieses Vorgehen führte teils zu Unzufriedenheit bei nicht auf der Liste verzeichneten Mitgliedstaaten, da diese gehalten sind, ihre Kandidatur in letzter Minute zurückzuziehen, und das Verfahren nicht immer gänzlich verstehen. Die Mitglieder des SCRC empfinden es häufig als unangenehm, mit nicht auf der Liste verzeichneten Mitgliedstaaten sprechen und versuchen zu müssen, sie von der Zurückziehung ihrer Kandidaten zu überzeugen. Die Mitgliedstaaten fühlen sich in ihren Erwartungen enttäuscht und beschweren sich oft über mangelnde Chancengleichheit.
5. In der vom Zehnten SCRC durchgeführten und anschließend gebilligten Überprüfung fanden sich auch Empfehlungen bezüglich des semipermanenten Verbleibs dreier Mitgliedstaaten der Europäischen Region im Exekutivrat. Wie schon in Resolution EUR/RC53/R1 gefordert, ist es auch an der Zeit, diese Regelung zu überprüfen.
6. Da dem RC60 im September 2010 ein Bericht vorgelegt werden muss, ist die Zeit wohl günstig, um mit der Bewertung der derzeitigen Praxis und der Analyse der implizit wie explizit verwendeten Kriterien zu beginnen.

Bisher verwendete Kriterien

Kriterien für den Mitgliedstaat		Bemerkungen
1.	Der zur Entsendung berechtigte Mitgliedstaat sollte einen im Gesundheitsbereich fachlich qualifizierten Kandidaten für den Exekutivrat benennen, wie in Artikel 24 der Satzung der WHO ausgeführt.	
2.	Frühere Vertretung im Exekutivrat: <ul style="list-style-type: none"> - Land noch nie im Exekutivrat vertreten (obwohl vor 1991 Mitglied der WHO) - Land vor mehr als 20 Jahren im Exekutivrat vertreten 	<p>Der SCRC hat dies berücksichtigt.</p> <p>Wenn er über die eingegangenen Nominierungen diskutiert, liegen ihm ausführliche Informationen über eine frühere Vertretung des Mitgliedstaats im Exekutivrat und in anderen Ausschüssen während der letzten Jahre (seit Mitte der 1990er Jahre) vor.</p> <p>Erfahrungsgemäß fiel dies jedoch weniger ins Gewicht als geografische Erwägungen oder die Erfahrung und die Qualifikationen des Kandidaten.</p>
3.	Kein Land sollte zugleich im Exekutivrat und im SCRC vertreten sein.	Dies wird eingehalten, doch im Falle der semi-permanenten Mitglieder des Exekutivrats kann es zu einer unvermeidlichen Überschneidung um wenige Monate kommen, da der Mandatszeitraum des Exekutivrats im Mai beginnt und der des SCRC im September endet.
4.	Eine frühere Mitgliedschaft im SCRC ist von Vorteil.	Länder, die bereits früher Mitglied im SCRC waren, werden bei der Bewerbung für den Exekutivrat bevorzugt, da die Vertrautheit mit der Arbeit der WHO und mit die Region betreffenden Fragen eine hervorragende Wissensgrundlage für die Arbeit im Exekutivrat bildet.
5.	Die Frage, ob eine Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung erfolgt ist, sollte mit berücksichtigt werden.	<p>Dieses Kriterium könnte u. U. wegfallen: Die Europäische Region verfügt jetzt über acht Sitze im Exekutivrat, nachdem im September 2005 die erforderliche Anzahl an Ländern ihre Annahmeerkunde für die Änderungen hinterlegt hatten.</p> <p>Der SCRC hat dieses Kriterium seither nicht mehr berücksichtigt.</p>

Kriterien für den Kandidaten		
a)	Gegenwärtig (oder bis vor kurzem) bei Gesundheitsbehörden des Landes und in Nähe der politischen Entscheidungsprozesse beschäftigt	<p>Dies war und ist ein Hauptkriterium bei der Prüfung der eingegangenen Nominierungen.</p> <p>Im derzeit gültigen Format des Lebenslaufs sind jedoch weder die Angabe von Einzelheiten noch Ausführungen zur derzeitigen Position des Kandidaten möglich, was dem SCRC Rückschlüsse darauf erlauben würde, wie sachkundig der Kandidat nicht nur im Hinblick auf die Programme und politischen Standpunkte des eigenen Landes, sondern auch auf die Aktivitäten in der gesamten Region ist.</p> <p>Es hat sich gezeigt, dass der SCRC als Ganzes normalerweise durch die Arbeitsbeziehungen oder persönlichen Kontakte eines oder mehrerer seiner Mitglieder zu einem Kandidaten auf dessen wahre Qualitäten aufmerksam wird.</p>
b)	Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen	<p>Dieses Kriterium wurde in geringerem Maße angewandt; allerdings dürften Kandidaten mit einschlägiger Erfahrung dem SCRC eher bekannt sein, was ihm die Beurteilung ihrer Person erleichtert.</p> <p>Diese Art der Erfahrung vermittelt ein gutes Verständnis und Gefühl für die Komplexitäten, die mit einer Mitgliedschaft im Exekutivrat verbunden sind.</p>
c)	Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation innerhalb des Landes und zwischenstaatlich	<p>Die Länder nominieren in der Regel Kandidaten, die in ihrem Gesundheitssystem eine ranghohe Stellung bekleiden, was wiederum Rückschlüsse auf die notwendigen Fähigkeiten auf diesem Gebiet zulässt.</p> <p>Ob dieses Kriterium erfüllt ist, kann der SCRC nur schwer beurteilen, es sei denn, der Kandidat ist einem oder mehreren seiner Mitglieder in beruflicher Funktion bekannt.</p>
d)	Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen und/oder fachlichen Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich)	<p>Die meisten Kandidaten verfügen über ein gewisses Maß an internationaler Erfahrung, dessen Umfang allerdings sehr uneinheitlich ist.</p> <p>Das derzeitige Format für den Lebenslauf erlaubt nur eine Aufzählung, in der oftmals nur die Funktionsbezeichnung des Kandidaten im Rahmen verschiedener Programme genannt wird und daher nur wenig über seine tatsächliche Erfahrung ausgesagt wird.</p> <p>Dieses Kriterium spielt eine untergeordnete Rolle.</p>

e)	Verfügbarkeit und Engagement	<p>Generell nehmen die meisten Mitglieder des Exekutivrats regelmäßig an dessen Tagungen teil und bleiben diesen nur im Notfall fern.</p> <p>Was den SCRC betrifft, so könnte in dem Schreiben, das nach der Wahl an die betreffenden Mitgliedstaaten ergeht, erneut auf das erforderliche Engagement sowie auf die Notwendigkeit verwiesen werden, dass sich das jeweils designierte Mitglied sämtliche Tagungstermine freihält und sich für die Lektüre des Hintergrundmaterials Zeit nimmt, um an der Tagung aktiv teilnehmen zu können.</p>
f)	Geschlecht (insbesondere Kandidatinnen sind aufgerufen)	<p>Dieses Kriterium wurde berücksichtigt, doch konnte es kaum dem Kriterium der Qualifikation des Kandidaten oder der geografischen Verteilung vorgezogen werden.</p>

7. Daneben könnten einige weitere Kriterien berücksichtigt werden, was jedoch eine Erweiterung des Formats für den Lebenslauf erfordern oder aber die Bereitstellung weiterer, nur für den SCRC zugänglicher Informationen bedeuten würde.

1)	Fachliche Ausrichtung	<p>Erläuterung der Gebiete, auf denen die Kandidaten über besondere Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.</p> <p>Kompetenz wurde bisher anhand des Wissens der einzelnen SCRC-Mitglieder bewertet.</p>
2)	Sprachkenntnisse	<p>Die Sprachkompetenz in den einzelnen Arbeitssprachen (die bisherige Sparte könnte so unterteilt werden, dass für die einzelnen Kategorien – Sprechen, Lesen, Schreiben – unterschiedliche Abstufungen, jeweils mit Anleitung zur angemessenen Einordnung, gegeben werden).</p> <p>Sprachkenntnisse sind zwar im derzeitigen Format für den Lebenslauf enthalten, doch ist die Sprachkompetenz (und damit die Fähigkeit des potenziellen Kandidaten, sich aktiv an Diskussionen zu beteiligen) sehr schwer einzustufen.</p>
3)	Erfahrung auf nationaler Ebene	<p>Es könnte eine ausführlichere Beschreibung angefordert werden. Im Format für den Lebenslauf wird derzeit beim beruflichen Werdegang nach den fünf letzten Positionen gefragt.</p> <p>Die Fachkompetenz wurde bisher anhand der Erkenntnisse der einzelnen SCRC-Mitglieder bewertet.</p>

4)	Erfahrung auf internationaler Ebene	<p>Es könnte eine ausführlichere Beschreibung angefordert werden. Nach dem Format für den Lebenslauf ist derzeit die Arbeitserfahrung in internationalen Organisationen sowie bei der Zusammenarbeit mit diesen aufzuführen.</p> <p>Die Fachkompetenz wurde bisher anhand der Erkenntnisse der einzelnen SCRC-Mitglieder bewertet.</p>
5)	Konkrete Erfahrung in der WHO (auf regionaler wie globaler Ebene)	<p>Weitere konkrete Hintergrundinformationen wären nützlich; derzeit fällt dies allgemein unter die Arbeitserfahrung in internationalen Organisationen und bei der Zusammenarbeit mit diesen.</p> <p>Die Fachkompetenz wurde bisher anhand der Erkenntnisse der einzelnen SCRC-Mitglieder bewertet; in manchen Fällen wurde das Sekretariat um Hintergrundinformationen gebeten.</p>
6)	Vorgeschichte proaktiver Beteiligung in Räten und Ausschüssen und Anerkennung der Notwendigkeit, den Bedürfnissen und Ansichten der Region in den globalen Entscheidungsprozessen der WHO Ausdruck zu verleihen	<p>Dies könnte schwierig zu quantifizieren sein und muss sich unter Umständen auf die persönliche Erfahrung der SCRC-Mitglieder stützen.</p>
7)	Eine Aufzählung der Erfolge in früheren oder derzeitigen Rats- und Ausschusspositionen, die nach dem Ermessen der Kandidaten in gewisser Weise auf ihren Einfluss oder ihre Verantwortung zurückzuführen waren	<p>Derzeit ist es schwierig, abzusehen, wie proaktiv ein designiertes Mitglied sich verhalten wird. Diese Einzelheiten können ein Gefühl für die Fähigkeiten und Kapazitäten eines vorgeschlagenen Kandidaten vermitteln.</p>
8)	Liste der Veröffentlichungen	<p>Nicht unbedingt ein maßgebliches Kriterium für diesen Zweck.</p>
9)	Auszeichnungen	<p>Auszeichnungen, die der Kandidat erhalten hat.</p>
10)	Sonstige Aktivitäten	<p>Im derzeitigen Format für den Lebenslauf wird der Informationsumfang unter dieser Rubrik begrenzt. Die Länder fragen oft an, ob sie weitere Einzelheiten vorlegen sollen.</p> <p>Sollte der SCRC beschließen, den Kriterienkatalog zu erweitern, könnte auch Raum für zusätzliche Angaben gegeben werden (vom SCRC auszufüllen, damit gewährleistet ist, dass die Mitgliedstaaten auf dem Regionalkomitees ein überschaubares Dokument erhalten).</p>

8. Die vorstehende Kurzanalyse legt den Schluss nahe, dass die Fachkompetenz schwierig zu bewerten ist. Sollte der SCRC beschließen, diesem Kriterium mehr Bedeutung beizumessen, so könnte er u. a. erwägen, am Rande der Weltgesundheitsversammlung ein informelles Treffen mit den Kandidaten abzuhalten. Dabei wäre jedoch zu bedenken, dass dies zu Negativreaktionen von Mitgliedstaaten führen könnte, wenn die von ihnen nominierten Personen nicht in die engere Wahl gezogen werden.

9. Die Tatsache, dass ein Mitgliedstaats in früheren Jahren mit einer oder mehreren Bewerbungen erfolglos war, wird nicht als Kriterium für die Aufnahme in die engere Wahl angesehen.

10. Um enttäuschte Reaktionen der Mitgliedstaaten zu vermeiden, die nicht in die engere Wahl kommen und dann ihre Nominierung zurückziehen sollen, könnten folgende Optionen erwogen werden: 1) der SCRC gibt keine Empfehlungen für die engere Wahl ab, und das Regionalkomitee stimmt über alle eingegangenen Nominierungen ab; oder 2) der SCRC empfiehlt ebenso viele Kandidaten wie es freie Stellen gibt, doch das Regionalkomitee stimmt über alle eingegangenen Nominierungen ab.

Geografische Gruppierungen

11. Wenn die Ermittlung der bestmöglichen Kandidaten angestrebt wird und die Praxis der Aufstellung einer Liste für die engere Wahl beibehalten werden soll, so müssen u. U. die persönlichen Kriterien größeres Gewicht erhalten und muss das Kriterium der Ländergruppierungen zurückgestuft werden, wobei der SCRC die Entwicklungen überwachen sollte, um sicherzustellen, dass eine sinnvolle geografische Gesamtverteilung erhalten bleibt.

12. Die geografischen Gruppierungen müssten auf alle Fälle überprüft und ein Vorschlag hinsichtlich einer möglichen Umgruppierung der Länder vorgelegt werden. So sollten beispielsweise historische Ländergruppierungen (z. B. die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten) überprüft und die möglichen Auswirkungen des Beitritts weiterer Länder zur Europäischen Union gebührend berücksichtigt werden.

„Semipermanente“ Mitgliedschaft im Exekutivrat

13. Gemäß Resolution EUR/RC53/R1 soll das RC60 auch den Beschluss überprüfen, nach dem die Periodizität der Mitgliedschaft im Exekutivrat für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region, die ständige Mitglieder im Sicherheitsrat der Vereinten Nationen sind, auf drei von sechs Jahren auszuweiten ist.

14. Mit dem Anstieg der Zahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region auf 53 befürchten viele Länder, dass durch diese Praxis die Chancengleichheit aller Länder der Region in Bezug auf Vertretung im Exekutivrat geschmälert wird.

15. Darüber hinaus ist es angebracht, auch die Praxis zu überprüfen, wonach dieselben drei Mitgliedstaaten je einen Sitz im Allgemeinen Ausschuss der Weltgesundheitsversammlung erhalten. Auch hier sind viele Mitgliedstaaten der Auffassung, dass sie im Hinblick auf einen Sitz im Allgemeinen Ausschuss nicht über Chancengleichheit verfügen.

16. Bereits 2004 wurde der Rechtsberater um ein Gutachten in Bezug auf Wahlämter gebeten, als der Elfte SCRC unsicher war, ob sich das Regionalkomitee dessen bewusst sei, dass es durch Verabschiedung der Resolution EUR/RC53/R6 den Empfehlungen der Untergruppe des SCRC über Wahlämter in Ausschüssen der Weltgesundheitsversammlung zugestimmt habe.

17. Der Rechtsberater kam in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass die Praxis der „Semipermanenz“ und deren Bedeutung für Kandidaturen um Wahlämter in Ausschüssen der Weltge-

sundheitsversammlung in der Tat lediglich gängige Praxis sei, die keineswegs mit einer rechtlichen Verpflichtung oder einem Rechtsanspruch verbunden sei. Die „Semipermanenz“ sei eine eher auf politischen und historischen als auf rechtlichen Erwägungen begründete Praxis, der zufolge das Regionalkomitee übereinkommt, die drei Mitgliedstaaten, die ständige Mitglieder des Sicherheitsrats sind, in gewissen Zeitabständen in ihrer Kandidatur für den Exekutivrat zu unterstützen, und akzeptiert, dass sie auf jeder Tagung der Weltgesundheitsversammlung für die Mitgliedschaft im Allgemeinen Ausschuss kandidieren. Dennoch bestehe keine rechtliche Verpflichtung für das Regionalkomitee, den SCRC oder aber die Weltgesundheitsversammlung, diese Praxis beizubehalten – ungeachtet dessen, ob sich das Regionalkomitee der Sichtweise der Untergruppe zur Frage der Semipermanenz in den Ausschüssen der Weltgesundheitsversammlung anschließe oder nicht.

Vorläufige Empfehlungen sowie zu behandelnde Sachfragen und Angelegenheiten

18. Die Mitgliedstaaten selbst haben jeweils den Sitz im Exekutivrat inne, und vor der formellen Wahl durch die Weltgesundheitsversammlung (die die vom Regionalkomitee im vorangegangenen September vorgenommene Nominierung bestätigt) werden die Länder nur gebeten, die Namen ihrer jeweiligen Kandidaten zu bestätigen. Im Laufe der dreijährigen Amtszeit können Regierungswechsel oder andere Gründe dazu führen, dass auch die von einem Land zum Vertreter im Exekutivrat bestimmte Person ausgewechselt wird. Zwar kommt dies höchst selten vor, doch ist stets zu bedenken, dass auch nach noch so sorgfältiger Prüfung der Lebensläufe ein Land letztendlich einen anderen Vertreter benennen kann.

19. Einige fragen wären vielleicht noch vor dem RC60 im Jahr 2010 anzugehen:

- Müssen die Kriterien für die Nominierung von Mitgliedern des Exekutivrats geändert werden?
- Muss die Zusammensetzung der Ländergruppierungen geändert werden?
- Soll das Kriterium der Ländergruppierungen in seiner Bedeutung herabgestuft werden?
- Sollte der Entwurf einer Liste für die engere Wahl nicht nur den Vorschlag des SCRC enthalten, sondern sämtliche eingegangenen Nominierungen, mit anderen Worten: Sollte das Regionalkomitee über alle eingegangenen Nominierungen abstimmen?

20. Die folgenden Optionen könnten erwogen werden:

- A) Die Praxis, dass der SCRC Listen für die engere Wahl aufstellt, könnte eingestellt werden, und das Regionalkomitee könnte stattdessen über alle Bewerber abstimmen (ob mit oder ohne Vorabbewertung durch den SCRC)

oder

- B) Stellt der SCRC eine Liste für die engere Wahl auf, so könnte das Kriterium der geografischen Gruppierung von Ländern aufgehoben und die Qualität der Kandidaten in den Mittelpunkt gestellt und dabei Folgendes zugrunde gelegt werden:

- (1) der Lebenslauf eines Kandidaten (eine Erweiterung des bisherigen Formats wäre zu erwägen):
 - (i) Hintergrund
 - (ii) Erfolge/Erfahrung
 - (iii) Erfahrung auf internationaler Ebene
- (2) länderbezogene Kriterien:
 - (i) frühere Mitgliedschaft des Landes im SCRC oder im Exekutivrat.