



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Vierundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 6.–9. September 2004

Punkt 8 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC54/11

12. Juli 2004

40221

ORIGINAL: ENGLISCH

Programmbudgetentwurf 2006–2007

Der beigefügte Entwurf zum Programmbudget der WHO für den Zeitraum 2006–2007 wird dem Regionalkomitee hiermit zur Überprüfung und Stellungnahme unterbreitet, bevor er im Januar 2005 auf der 115. Tagung des Exekutivrats und danach im Mai 2005 auf der 58. Weltgesundheitsversammlung vorgelegt wird. Der Entwurf sollte zusammen mit dem die Perspektive der Europäischen Region (EUR/RC54/11 Add.1) erläuternden Dokument gelesen werden.

ENTWURF PPB/2006–2007
ORIGINAL: ENGLISCH

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

PROGRAMM-
HAUSHALTSENTWURF

2006–2007

Die im vorliegenden Dokument verwendeten Bezeichnungen sowie die hierin enthaltene Darstellung des Materials implizieren keinerlei Meinungsäußerung des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation in Bezug auf den rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten und Gebieten bzw. deren Behörden oder in Bezug auf die Abgrenzung dieser Länder, Territorien, Städte und Gebiete.

INHALT

Vorwort [*Dieser Abschnitt mit dem Vorwort des Generaldirektors wird erst nach den Tagungen der Regionalkomitees ausgearbeitet.*]

I. Einleitung

- Strategische Ausrichtung 1
- Arbeitsbereiche – die Bausteine des Programmhaushaltsentwurfs 3
- Gesamthaushaltsniveau 4
- Finanzierung des Programmhaushaltsentwurfs 6
- Umsetzung des Programmhaushaltsentwurfs 7

II. Orientierungen 2006–2007 nach Arbeitsbereichen

- Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten 10
- Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten 13
- Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien 16
- Malaria 19
- Tuberkulose 22
- HIV/Aids 26
- Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten 29
- Gesundheitsförderung 33
- Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch 36
- Tabak 39
- Ernährung 42
- Gesundheit und Umwelt 45
- Lebensmittelsicherheit 48
- Gewalt, Verletzungen und Behinderungen 51
- Reproduktive Gesundheit 54
- Die Schwangerschaft risikoärmer machen 57
- Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit 60
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 63
- Immunisierung und Impfstoffentwicklung 66
- Unentbehrliche Arzneimittel 69
- Unentbehrliche Gesundheitstechnik 72
- Gesundheitsförderliche Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen 76
- Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung 80
- Humanressourcen für die Gesundheit 83
- Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz 86
- Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik 90
- Katastrophenschutz 94
- Kernpräsenz der WHO in den Ländern 96
- Wissensmanagement und Informationstechnik 99
- Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion 103
- Management der Humanressourcen in der WHO 106
- Haushalt und Finanzmanagement 109
- Infrastruktur und Logistik 112
- Leitende Organe 114
- Externe Beziehungen 116
- Ausrichtung 119

III. Statistische Anhänge

- Detaillierte Mittelzuweisung nach Arbeitsbereichen und Büros (Ordentlicher Haushalt und veranschlagte freiwillige Beiträge insgesamt), nach Region, 2006–2007 122
- Mittelzuweisung nach Arbeitsbereichen und Büros (Ordentlicher Haushalt und veranschlagte freiwillige Beiträge insgesamt), alle Ebenen, 2006–2007 134

I. EINLEITUNG

1. Der Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zeitraum 2006–2007 ist der vierte, dem ein die gesamte Organisation umfassender, resultatbasierter Ansatz zugrunde liegt. Das Programm setzt sich im Kern aus Vorgaben, Strategien und von der gesamten Organisation angestrebten Ergebnissen zusammen. Diese angestrebten Ergebnisse, die Resultate, die während des Haushaltszeitraums zu erreichen sich das WHO-Sekretariat (Länderbüros, Regionalbüros und Hauptbüro) insgesamt verpflichtet hat, bilden die Grundlage für die Kostenkalkulation und die Einschätzung des Ressourcenbedarfs. Sie rechtfertigen auch die Ressourcenzuweisung. Was bei der Umsetzung des Programmhaushalts tatsächlich erreicht wurde, wird anhand von Leistungsindikatoren gemessen.
2. Der Programmhaushaltsentwurf wurde in einem mehrere Runden umfassenden partizipatorischen Dialog zwischen den Ländern, den Regionalbüros und dem Hauptbüro erarbeitet. Im März 2004 wurde eine Entwurfskizze auf allen Ebenen der Organisation einer internen kollegialen Beurteilung unterzogen. Erstmals lieferten dabei die aus der Umsetzung des vorigen Programmhaushalts gezogenen Lehren, die im Leistungsbericht für den Haushaltszeitraum 2002–2003 festgehalten wurden, einen wichtigen Beitrag zu diesem Prozess.¹
3. Die Vorlage des Programmhaushaltsentwurfs auf den Tagungen der Regionalkomitees ist ein weiterer wichtiger Schritt des Konsultationsprozesses. Die von den Mitgliedstaaten bei den Regionalkomitees abgegebenen Stellungnahmen werden für die detailliertere, die regionalen Perspektiven berücksichtigende Ausarbeitung des Dokuments hilfreich sein. Der Generaldirektor wird dem Exekutivrat auf dessen 115. Tagung den Entwurf zur Überprüfung vorlegen und ihn danach der 58. Weltgesundheitsversammlung unterbreiten.

Strategische Ausrichtung

4. Der Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 führt klar die im letzten Haushaltszeitraum begonnene Arbeit der WHO weiter und stützt sich dabei auf das bereits Erreichte und auf die aus dieser Arbeit gezogenen Lehren, zugleich aber werden die derzeitigen und neue Prioritäten dargelegt, die sich in den Resolutionen der letzten Weltgesundheitsversammlung widerspiegeln. International erhalten die Herausforderungen, denen sich die öffentliche Gesundheit weltweit stellen muss, mittlerweile mehr Aufmerksamkeit, was die an die WHO gestellten Anforderungen und Erwartungen erheblich erhöht hat. Die globale gesundheitliche Sicherheit wurde in letzter Zeit durch Ausbrüche von SARS und Vogelgrippe gefährdet, was das Spektrum der globalen Pandemien in einem Ausmaß erweitert hat, wie wir es seit fast einem Jahrhundert nicht mehr erlebt haben. Neue Mechanismen wie der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und wesentliche, beispielsweise durch Strategiepapiere zur Armutsbekämpfung unterstützte Entwicklungsprozesse erfordern das vorbehaltlose Engagement der WHO. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung wird inzwischen klar erkannt, so wie auch akzeptiert ist, dass man sich auf die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele konzentrieren muss. Diese Entwicklungstendenzen sind alle ermutigend und positiv, bedeuten aber auch, dass die WHO ihre Ressourcengrundlage erweitern muss, wenn sie imstande sein soll, ihrem Mandat und den Erwartungen der Mitgliedstaaten vollauf gerecht zu werden.
5. Deshalb wird vorgeschlagen, die Aktivitäten der WHO folgendermaßen zu intensivieren:
 - **Verbesserung der globalen gesundheitlichen Sicherheit:** Aufrechterhaltung eines umfassenden, bei Krankheitsausbrüchen in Kraft tretenden Warn- und Reaktionsmechanismus (Resolution WHA56.29 und WHA54.14), unterstützt durch die internationalen Gesundheitsvorschriften (Resolution WHA56.28), und umgehende und wirksame Reaktion in Krisensituationen (Resolution WHA57.3 und WHA55.13);
 - **Beschleunigung der Fortschritte für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele:** Verringerung der Müttersterblichkeit (Resolution WHA57.12), Verbesserung der Überlebenschancen von Kindern (Resolution WHA56.20 und WHA56.21), Bekämpfung der globalen Pandemien von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria (Resolution WHA57.14 und WHA53.1), Förderung einer gesunden Umwelt (Resolution WHA57.9 und WHA57.10), Verbesserung der Zugänglichkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln (Resolution WHA56.27 und WHA55.14);
 - **Reaktion auf die zunehmende Last der nichtübertragbaren Krankheiten:** Verringerung des Tabakgebrauchs (Resolution WHA56.1), Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung (Resolution WHA57.17), Ausweitung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung (Resolution WHA57.16);

¹ Programme budget 2002–2003. Performance assessment report. Dokument WHO/PRP/04.1 (Entwurf).

- **Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit:** Stärkung der Fähigkeit von Gesundheitssystemen, die Armen und Benachteiligten zu erreichen (Resolution WHA57.19 und WHA56.25);
- **Sicherung der rechenschaftspflichtigen Verantwortung:** Verbesserung der organisatorischen Effektivität, der Transparenz und rechenschaftspflichtigen Verantwortung.

6. Um wesentlich verbesserte Resultate in oben genannter Richtung zu erzielen, erhalten die entsprechenden, unten angeführten Arbeitsbereiche Vorrang.

Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien Die Ausbrüche von SARS und Vogelgrippe veranschaulichen deutlich, welche Bedeutung der globalen Surveillance zukommt und welche entscheidende Rolle die WHO spielt bei der Einholung von Informationen, der Koordinierung internationaler Gegenmaßnahmen, der Festsetzung von internationalen Standards und der Unterstützung der Länder in deren Bemühen, der gesundheitlichen Bedrohung mit Surveillance- und effektiven Sofortmaßnahmen zu begegnen. Von der WHO wird jetzt erwartet, dass sie ihre Funktion ausweitet und ihre Fähigkeit, auf Bedrohungen dieser Art zu reagieren, verbessert.

Die Schwangerschaft risikoärmer machen. Die Verringerung der Müttersterblichkeit ist eines der wichtigsten Millenniums-Entwicklungsziele: In den letzten Jahrzehnten wurden in diesem Bereich nur geringe Fortschritte erzielt. Eine halbe Million Frauen stirbt jedes Jahr aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen; diese Frauen erliegen keiner Krankheit, sie sterben, weil es an geschulten Entbindungshelferinnen fehlt und die Notfallbereitschaft in der Geburtshilfe nicht ausreichend funktioniert. Die Schwangerschaft risikoärmer zu machen ist nicht nur ein gesundheitliches, sondern auch ein soziales und moralisches Anliegen. Die WHO wird Wert auf die Stärkung der Gesundheitssysteme und der Aktivitäten auf Landesebene legen, die zur Verringerung der Müttersterblichkeit beitragen.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Jedes Jahr sterben immer noch etwa 11 Millionen Kinder an den Folgen von Krankheit und unzureichender Ernährung. In Entwicklungsländern gehen sieben von zehn Sterbefällen bei Kindern auf fünf verhütbare übertragbare Krankheiten zurück, wobei Fehlernährung die Lage noch verschlimmert. Es ist bekannt, was getan werden muss, um das Leben von Millionen Kindern zu retten; die WHO wird ihren intensivierten Maßnahmen für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern in den Ländern Vorrang einräumen.

Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und Anti-Tabak-Maßnahmen. Nichtübertragbare Krankheiten stellen die Gesundheitssysteme vor zunehmende Herausforderungen und bedeuten, wenn sie mit übertragbaren Krankheiten einhergehen, für viele Entwicklungsländer eine Doppelbelastung. Nach neuesten Schätzungen sind nichtübertragbare Krankheiten in Entwicklungsländern für etwa 40%, in Industrieländern sogar für fast 75% der Sterbefälle verantwortlich. Die WHO wird stärkeres Gewicht auf den Aufbau von Systemen legen, die dieser Herausforderung gewachsen sind.

Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion. Größere Anstrengungen werden sich darauf konzentrieren, Planung, Ressourcenkoordination, laufende Leistungsbeurteilung, Evaluation und Aufsichtsfunktion zu verbessern, um mehr Transparenz zu erzielen und die rechenschaftspflichtige Verantwortung im Programmbereich und auf finanziellem Gebiet zu stärken.

7. In Fortführung der in früheren Haushaltszeiträumen geleisteten Arbeit wird im Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 auch anerkannt, dass die in Bezug auf „Gesundheit für alle“ eingegangenen Verpflichtungen sowie die Grundsätze und Verfahren der primären Gesundheitsversorgung für die Organisation gültige Ziele bleiben. Die WHO hält unverbrüchlich an dem Ziel fest, allen Menschen den Zugang zur bestmöglichen Gesundheit zu sichern. Sie bemüht sich um bessere Gesundheit und bessere Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung für arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen, vor allem Frauen und Kinder. Weiter gehen auch die Bemühungen zur Bekämpfung von HIV/Aids, vor allem durch den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten, was in der **Initiative „3 bis 5“** zum Ausdruck kommt, und die Anstrengungen, die Arbeit in den Bereichen **Malaria** und **Tuberkulose**, die im Haushaltszeitraum 2004–2005 absoluten Vorrang haben, zu verstärken. Einen Schwerpunkt bildet auch die Weiterführung der Arbeit und der Rolle der WHO bei der Stärkung nationaler **Gesundheitssysteme** in der Erkenntnis, dass ein gut funktionierendes, wirksames Gesundheitswesen für die Erbringung der Gesundheitsversorgung unabdingbar ist.

8. In einigen Bereichen werden die Bemühungen allerdings auch zurückgeschraubt. Beispielsweise wird die für 2005 erwartete erfolgreiche Eradizierung der Poliomyelitis den für diese Tätigkeit angesetzten Ressourcenbedarf einschränken, wobei allerdings der Erfassungsgrad bei anderen durch Impfung verhütbaren Krankheiten noch weiter verbessert wird. Die Aktivitäten im Arbeitsbereich **Immunsisierung und Impfstoffentwicklung** werden deshalb beibehalten, wenngleich in etwas eingeschränkterer Form.

9. Einige Prioritäten des Programmhaushalts sind bereichsübergreifend und gelten für die gesamte Organisation. Da sich die Organisation auf die Dezentralisierung ihrer Arbeit und die **Resultate** ihrer Tätigkeit **in den Ländern** konzentriert, ist sie auch verpflichtet, enger mit nationalen Gesundheitspartnern zusammenzuarbeiten, um ihre vorrangigen Ziele zu erreichen, weshalb sie auch bedarfsgerechte personelle und angemessene finanzielle Ressourcen auf die Länderebene verlagern muss.

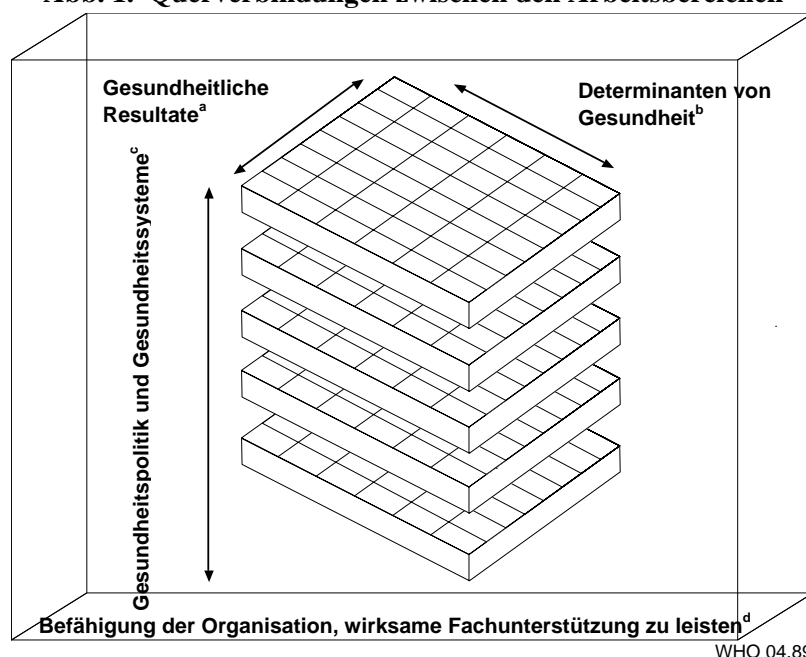
10. Damit die Organisation ihren Verpflichtungen nachkommen und die durch die im Haushaltszeitraum 2004–2005 eingeleitete Verbesserung der **organisatorischen Effizienz** angestrebten Ergebnisse erreichen kann, muss noch mehr in das bessere Management der personellen und finanziellen Ressourcen investiert werden. Das neue Globale Managementsystem wird im Jahr 2006 lanciert.

Arbeitsbereiche – die Bausteine des Programmhaushaltsentwurfs

11. Der Programmhaushaltsentwurf ist nach den in Teil II aufgeführten Arbeitsbereichen strukturiert, die die Hauptausrichtung der WHO angeben. Die Arbeitsbereiche wurden mit Hilfe von Konsultationen auf allen Ebenen der Organisation so gestaltet, dass sie die Arbeit der WHO in den Ländern genauer widerspiegeln und die vom Generaldirektor bestimmte strategische Ausrichtung berücksichtigen. Mit ihrer gut definierten inhaltlichen Reichweite ergänzen und stützen sich die Arbeitsbereiche. Die zwischen ihnen bestehenden Querverbindungen veranschaulicht die nachstehende Abb. 1.

12. Im Vergleich zu früheren Programmhaushalten wurden die Angaben zu den einzelnen Arbeitsbereich erweitert, um dem Anspruch einer verbesserten Transparenz zu genügen und mehr Verantwortungsbewusstsein zu demonstrieren. Für jedes von der gesamten Organisation angestrebte Ergebnis werden die Ausgangslage und Ziele sowie der Ressourcenbedarf angeführt.

Abb. 1. Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen



Verwandte Arbeitsbereiche

^a HIV/Aids; Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten; Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten; Die Schwangerschaft risikoärmer machen; Malaria; Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch; Reproduktive Gesundheit; Tuberkulose; Katastrophenschutz; Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien; Immunisierung und Impfstoffentwicklung

^b Lebensmittelsicherheit; Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit; Gesundheit und Umwelt; Gesundheitsförderung; Ernährung; Tabak; Gewalt, Verletzungen und Behinderungen; Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten

^c Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz; Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik; Unentbehrliche Gesundheitstechnik; Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung; Humanressourcen für die Gesundheit; Gesundheitsförderliche Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen; Unentbehrliche Arzneimittel

^d Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion; Wissensmanagement und Informationstechnik; Haushalt und Finanzmanagement; Management der Humanressourcen in der WHO; Infrastruktur und Logistik; Kernpräsenz der WHO in den Ländern; Ausrichtung; Externe Beziehungen; Leitende Organe

Gesamthaushaltsniveau

13. Der Anstieg des Gesamthaushaltsniveaus ergibt sich aus den an die Organisation gestellten wachsenden Anforderungen. Die Erfolge, die im Hinblick auf die während des Zeitraums 2002–2003 angestrebten Ergebnisse erzielt wurden, werden den Mitgliedstaaten nicht nur als finanzielle, sondern auch als inhaltliche, von den Programmen erreichte Resultate vorgelegt.¹ Das in den einzelnen Arbeitsbereichen während des letzten Haushaltszeitraums tatsächlich Erreichte bildete eine tragfähige Grundlage für die Einschätzung des künftigen Ressourcenbedarfs. Damit wurde es einfacher, die im Haushaltszeitraum 2006–2007 angestrebten Ergebnisse festzulegen, die den gewachsenen Ansprüchen genügen und deshalb mehr finanzielle Ressourcen voraussetzen, wenn die Erwartungen der Mitgliedstaaten und der Partner erfüllt werden sollen. Zugleich wurden Möglichkeiten für eine effizientere Verwendung der finanziellen Ressourcen der Organisation ausgenutzt, was zur Kostenwirksamkeit der Resultate beigetragen hat.

14. Damit die Organisation ihr Programm erfüllen und die angestrebten Ergebnisse erzielen kann, schlägt der Generaldirektor vor, den Haushalt für 2006–2007 um 361 Millionen US-Dollar aufzustocken, was gegenüber dem vorigen Haushalt einen Anstieg von 12,8% darstellt. Diese vorgeschlagene Ausweitung des Haushaltsrahmens stützt sich auf eine vorsichtige und gründliche, dem etablierten resultatorientierten Rahmen folgende strategische Planung innerhalb der gesamten Organisation.

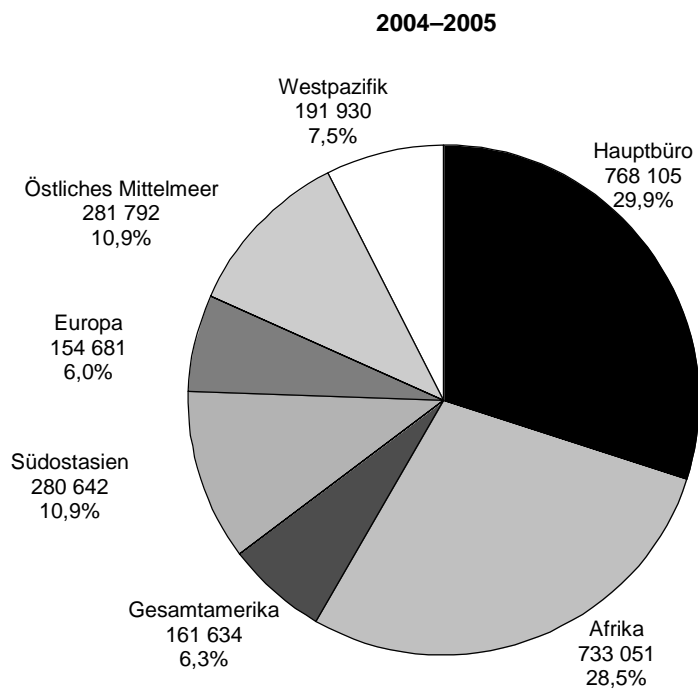
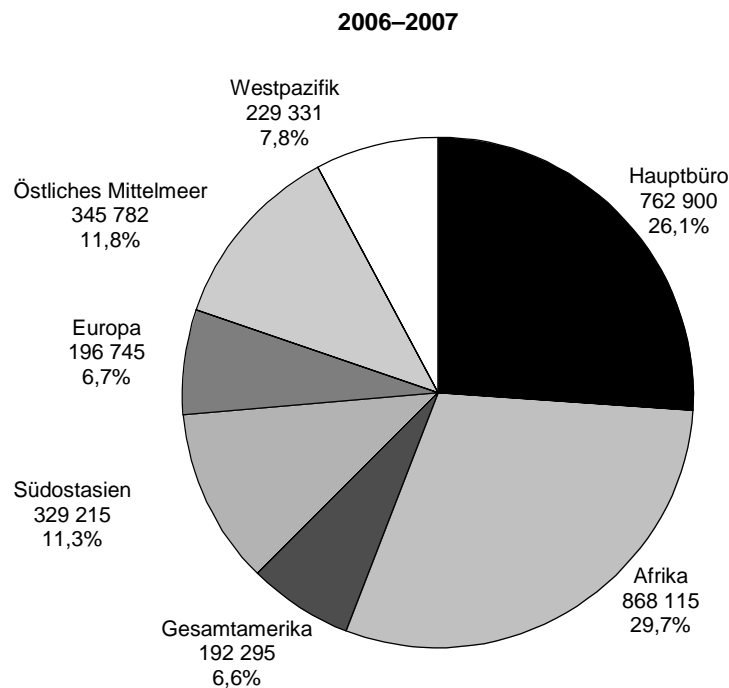
15. Nach Abb. 1 macht der Ressourcenbedarf in den „Gesundheitliche Resultate“ stützenden Arbeitsbereichen annähernd 51% des Gesamtressourcenbedarfs aus. Die vergleichbaren Angaben für „Determinanten von Gesundheit“ lauten 11%, für „Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme“ sind es 13%, und „Befähigung der Organisation, den Mitgliedstaaten wirksame Fachunterstützung zu leisten“ beansprucht 22%. Weitere 2% sind für die Absicherung des Wechselkurses sowie für Informationstechnik, Liegenschaften und Sicherheitsrücklagen vorgesehen.

16. Die vorgeschlagene Erweiterung des Haushaltsrahmens wird es der Organisation ermöglichen, die in den Regionen und Ländern angestrebten Ergebnisse in den für intensivierete Maßnahmen vorgesehenen fünf Arbeitsbereichen wesentlich zu verbessern (gegenüber dem Haushaltszeitraum 2004–2005 um 40% bis 60%) und teilweise die Wirkung der Inflation aufzufangen. Vor allem aber erlaubt sie es der Organisation, den höheren Erwartungen der Länder hinsichtlich der Reaktion auf Epidemiewarnungen gerecht zu werden, die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen, mit den Ländern an Strategiepapieren für die Armutsbekämpfung zu arbeiten und Partnerschaften mit dem Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie mit anderen Akteuren einzugehen.

17. Abb. 2 zeigt die Aufschlüsselung der alle Finanzierungsquellen umfassenden Ressourcenzuweisung für die Regionen und das Hauptbüro im Zeitraum 2004–2005 und 2006–2007. Die Zahlen für die regionale Ebene zeigen den für den Länderhaushalt und das regionale Budget der jeweiligen Region vorgeschlagenen Betrag kombiniert. In den Zahlen sind weder individuelle Mittel noch Ressourcen für Sonderprogramme enthalten. Die vorgeschlagene Mittelzuweisung gründet sich auf eine die gesamte Organisation umfassende resultatbasierte Budgetierung. Die Ressourcen verteilen sich auf die verschiedenen Ebenen der Organisation mit 73,9% für die Regional- und die Länderbüros und 26,1% für das Hauptbüro. In den Regionen soll mit der Mittelzuweisung eine gerechtere Ressourcenverteilung erzielt und bewirkt werden, dass die Ressourcen den Ländern mit dem größten Bedarf zugute kommen.

¹ Dokument WHO/PRP/04.1 (Entwurf).

**Abb. 2. Programmhaushaltentwurf 2006–2007
im Vergleich zum Programmhaushalt 2004–2005 (Resolution WHA56.32), alle Finanzierungsquellen
Zusammengefasst nach Regionalbüro (in Tausend US-\$ und Prozent)**



WHO 04.90

Finanzierung des Programmhaushalts

18. Die Festsetzung klarer Prioritäten, die Stärkung der Arbeit der WHO in den Ländern, Regionen und weltweit und die Verbesserung der organisatorischen Effizienz bringen die Organisation ihren Zielen nahe. Mit der Sicherung eines Ressourcenniveaus, das die Arbeit der Organisation, ihre Kernfunktionen und Prioritäten angemessen widerspiegelt, stellt man zugleich sicher, dass sie allen Anforderungen gerecht wird.

19. Der Haushalt der WHO finanziert sich hauptsächlich aus zwei Quellen: aus den ordentlichen Beiträgen der Mitgliedstaaten und dem Sonstigen Einkommen, die den ordentlichen Haushalt finanzieren, und den (früher als außerordentliche Ressourcen bezeichneten) freiwilligen Beiträgen. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Finanzierungsquellen hat sich im Lauf der letzten Haushaltszeiträume wesentlich verschoben. Der ordentliche Haushalt hat sich in den letzten zehn Jahren nur geringfügig erhöht, während die freiwilligen Beiträge einen erheblichen Umfang angenommen haben. Freiwillige Beiträge machen jetzt gut 70% der gesamten Finanzressourcen der Organisation aus.

20. Während dieser Zeit, in der die freiwilligen Beiträge zugenommen haben, spiegelte das Gesamthaushaltskonzept die Anforderungen des gegenwärtig in der Organisation geltenden integrierten Management- und Planungsrahmens nicht vollgültig wider. Da die Verwendung eines wesentlichen Teils der freiwilligen Beiträge genau festgelegt ist, kann sich der Stellenwert der von der Weltgesundheitsversammlung im Programmhaushalt etablierten Prioritäten verschieben, wenn während des Haushaltszeitraums in einige Arbeitsbereiche zusätzliche Mittel fließen, während andere weniger erhalten, als für die Erreichung der angestrebten Ergebnisse veranschlagt wurde. Damit stellt sich vielleicht die Frage nach der Konsequenz und der von den leitenden Organen zu verantwortenden Ausrichtung des Haushalts.

21. Die Vorlage eines integrierten Gesamthaushaltsentwurfs, der auch die Ziele für freiwillige Beiträge enthält, stärkt die übergeordnete Steuerungsfunktion und die Prioritätensetzung der Weltgesundheitsversammlung. Um ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen den beiden Finanzierungsquellen zu erreichen wird vorgeschlagen, die Bemessungsgrundlage für die ordentlichen Beiträge so weit anzuheben, dass sie dem Gesamtanstieg des Haushaltsvolumens eher entspricht. Aufgeschlüsselt setzt sich der Haushalt zu 9% aus ordentlichen und zu 14% aus freiwilligen Beiträgen zusammen, wie unten gezeigt.

Programmhaushalt – alle Finanzierungsquellen

(in Tausend US-\$)

Finanzierungsquelle	2004–2005	2006–2007	Veränderung in %
Ordentliche Beiträge	858 475	935 738	9.0
Sonstiges Einkommen (ausschl. Ausgleichsmechanismus)	21 636	15 345	-29.0
Freiwillige Beiträge	1 944 000	2 234 021	14.9
Alle Finanzierungsquellen insgesamt	2 824 111	3 185 104	12.8

Ordentliche Beiträge und Sonstiges Einkommen

22. Das für den Haushaltszeitraum 2006–2007 prognostizierte Sonstige Einkommen beruht auf vorsichtigen Schätzungen, die das Risiko einer eventuellen Finanzierungslücke durch letztlich doch nicht eingegangene Beiträge reduzieren sollen. Wie in den Finanzvorschriften vorgesehen, muss der Generaldirektor, falls durch fehlendes Sonstiges Einkommen eine Finanzierungslücke entsteht, die Umsetzung des Haushalts einschränken, was vermieden werden sollte.

23. Für den Zeitraum 2004–2005 wurde von einem Sonstigen Einkommen in der Höhe von 34 Millionen US-\$ ausgegangen. Mit Resolution WHA56.32 wurde beschlossen, einen Betrag von 12 Millionen US-\$ für die Finanzierung des Ausgleichsmechanismus zu verwenden, der als Kompensationsinstrument für die Mitgliedstaaten gedacht war, deren ordentliche Beiträge im Haushaltszeitraum 2004–2005 gegenüber den ordentlichen Beiträgen im Zeitraum 2000–2001 steigen würden. Der Nettobetrag aus dem Sonstigen Einkommen, der 2004–2005 für die Finanzierung des Ordentlichen Haushalts verwendet wurde, belief sich deshalb auf 22 Millionen US-\$. Gemäß Resolution WHA56.34 wird der Ausgleichsmechanismus im Zeitraum 2006–2007 voraussichtlich beibehalten, weshalb die 58. Weltgesundheitsversammlung dafür aus dem Sonstigen Einkommen einen Betrag von 8,6 Millionen US-\$ bereitgestellt hat. Die auf 24 Millionen US-\$ lautende Prognose für das Sonstige Einkommen im Zeitraum 2006–2007 wurde deshalb auf insgesamt 15 Millionen US-\$ justiert.

24. Der aus ordentlichen Beiträgen und Sonstigem Einkommen zu finanzierende Gesamthaushaltsrahmen für den Zeitraum 2006–2007 wird auf 951 Millionen US-\$ angesetzt. An ordentlichen Beiträgen haben die Mitgliedstaaten netto 935 Millionen US-\$ zu zahlen. Gegenüber den ordentlichen Beiträgen des Zeitraums 2004–2005 stellt dies einen Anstieg von 71 Millionen US-\$ oder 9% dar.

25. In Übereinstimmung mit Finanzvorschrift VII wird vorgeschlagen, das Betriebskapital, das zusammen mit internen Anleihen dazu dient, die durch säumige Beitragszahler entstehenden Cash-Flow-Defizite zu überbrücken, bei 31 Millionen US-\$ zu halten.

Freiwillige Beiträge

26. Zu den freiwilligen Beiträgen zählen Mittel, die von den Mitgliedstaaten und anderen Partnern gezahlt werden und zur Finanzierung des nicht durch ordentliche Beiträge abgedeckten Teils des Gesamthaushalts dienen. Für den Haushaltszeitraum 2006–2007 beläuft sich der Bedarf an freiwilligen Beiträgen auf 2,234 Milliarden US-\$. Gegenüber dem Haushalt von 2004–2005 bedeutet das einen Anstieg um 290 Millionen US-\$ oder 14,9%.

27. Diese zusätzlichen freiwilligen Beiträge werden durch strategische Partnerschaften und eine zielgerichtete, die Prioritäten der Organisation widerspiegelnde Strategie für die Ressourcenbeschaffung eingeworben. Diese Bemühungen sind Bestandteil einer Strategie für die Ressourcenzuweisung, die die Mittelverwendung direkt an die Erreichung der angestrebten Ergebnisse angleicht.

28. Ein Teil dieser Beiträge, die so genannten Kosten der Programmunterstützung, fließt in die Finanzierung der Verwaltungsdienste, die eine wirksame Erreichung der in allen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse abstützen. Im Einklang mit der dem Generaldirektor sowohl durch die Finanzordnung wie durch Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung verliehenen Handlungsbefugnis werden 13% dieser Einkünfte für die Kostendeckung in folgenden Arbeitsbereichen verwendet: Wissensmanagement und Informationstechnik, Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion, Management der Humanressourcen in der WHO, Haushalt und Finanzmanagement, Infrastruktur und Logistik, Leitende Organe, Externe Beziehungen und Ausrichtung.

Handhabung des Wechselkursrisikos

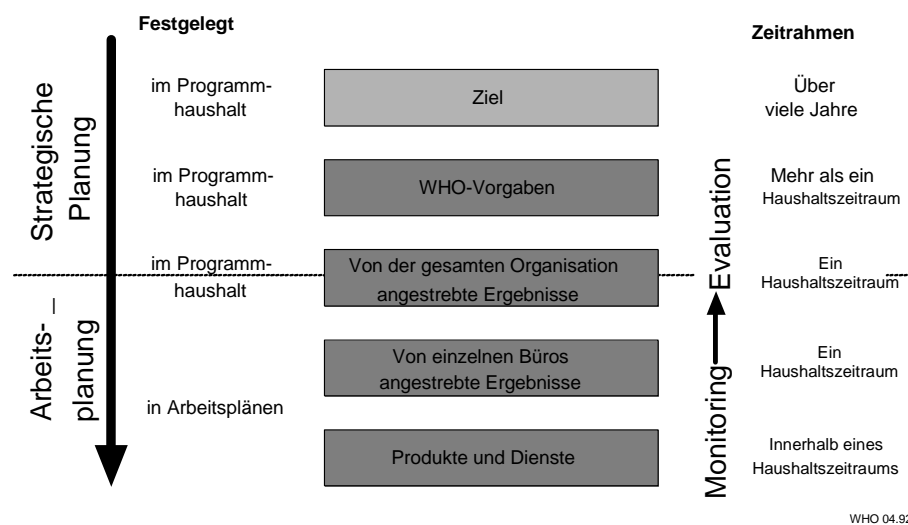
29. Wie in früheren Haushaltszeiträumen muss der Haushalt auch diesmal geschützt werden, damit die angestrebten Ergebnisse auch unabhängig von den Wechselkursschwankungen gegenüber dem US-Dollar erzielt werden können. Der Ressourcenbedarf für die Erreichung der im Zeitraum 2006–2007 angestrebten Ergebnisse wurde auf der Grundlage eines historischen Wechselkurses ermittelt.¹ Dieser Wechselkurs wird ausgehend von den Mitte 2005 herrschenden Marktbedingungen anhand einer Strategie zur Minderung des Wechselkursrisikos gesichert. Bei Abfassung des Dokuments wurde davon ausgegangen, dass zur möglichst weitgehenden Absicherung des durch ordentliche Beiträge finanzierten Teils des Haushalts gegen die Auswirkungen von Wechselkursschwankungen die Summe von 15 Millionen US-\$ bereitgestellt wird. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass für den durch Gelder für die Programmunterstützung finanzierten Teil des Haushalts eine Rücklage von 5 Millionen US-\$ gebildet wird. Im Laufe des Haushaltszeitraums wird das Niveau der so abgesicherten Teile des Haushalts je nach Auswirkung der schwankenden Wechselkurse justiert.

Umsetzung des Programmhaushalts

30. Der Programmhaushaltentwurf ist der strategische Plan der WHO für den Zeitraum 2006–2007, in dem die gemeinsamen Vorgaben für die Arbeit der WHO festgelegt werden. Umgesetzt wird er durch Arbeitspläne, die von den Länder- und den Regionalbüros und vom Hauptbüro aufgestellt werden (s. Abb. 3).

¹ Dieser Bedarf wird nach dem zum Zeitpunkt der Vorlage des Programmhaushaltentwurfs auf der 58. Weltgesundheitsversammlung gültigen Wechselkurs neu veranschlagt.

Abb. 3. Umsetzung des Programmhaushalts



31. Die Länder- und die Regionalbüros sowie das Hauptbüro legen fest, welche Resultate sie bis zum Ende des Haushaltszeitraums anstreben (von einzelnen Büros angestrebte Ergebnisse), und erarbeiten danach ausgehend von den zur Erreichung dieser Ergebnisse erforderlichen Produkte ihre Arbeitspläne. Bei den von den einzelnen Büros angestrebten Ergebnissen stehen die jeweiligen Länder im Mittelpunkt. Die Ergebnisse werden dem konkreten Bedarf der Länder gerecht, leiten sich jedoch zugleich aus den im Programmhaushaltsentwurf festgelegten, von der gesamten Organisation angestrebten Ergebnissen ab und unterstützen diese. Mit ihrem ganzheitlichen Ansatz für die Finanzierung des Haushalts benutzt die Organisation den für das jeweilige angestrebte Ergebnis veranschlagten Ressourcenbedarf als Grundlage für die Beschaffung, Einstufung und Zuweisung der Mittel in allen Arbeitsbereichen und nach Ebene der Organisation. Eventuelle Lücken zwischen den für die Umsetzung des Programmhaushalts erforderlichen und den dafür in den nach Ländern, Regionen und Hauptbüro aufgeschlüsselten Arbeitsbereichen zur Verfügung stehenden Ressourcen werden laufend verfolgt. Die tatsächliche Mittelzuweisung wird im Laufe des Haushaltszeitraums in allen Arbeitsbereichen so weit möglich reguliert und notfalls werden Ressourcen auch umgeleitet, um die Lücken zu schließen, wodurch sichergestellt werden soll, dass die für die Erreichung der Resultate erforderlichen Ressourcen am richtigen Ort und zur richtigen Zeit zur Verfügung stehen.

II. STRATEGISCHE ORIENTIERUNGEN 2006–2007 NACH ARBEITSBEREICHEN

VERHÜTUNG UND BEKÄMPFUNG VON ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN

PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN Zu den in diesen Arbeitsbereich fallenden Krankheiten, die verstärkt bekämpft werden müssen, zählen Buruli-Ulkus, Dengue-Fieber, intestinale Parasitosen, Leishmaniase, Schistosomiasis, Trachoma, Trypanomiasis, Zoonosen und epidemische Darmerkrankungen. Bei der Drakunkulose wird die Ausrottung angestrebt. Das Ziel für Lepra, lymphatische Filariose, Onchozerkose und Chagas-Krankheit sieht die globale oder regionale Eliminierung vor.

Diese Krankheiten treffen nahezu ausschließlich die Armen und Machtlosen in ländlichen Gebieten von Ländern mit niedrigem Volkseinkommen. Sie verursachen ungeheures Leiden und oftmals lebenslange Behinderungen, verlaufen jedoch nur selten tödlich, weshalb sie auf der Gesundheitsagenda der Länder keinen hohen Stellenwert haben und nicht die Aufmerksamkeit erhalten, die man Krankheiten mit hoher Sterblichkeitsrate widmet.

Für die meisten dieser Krankheiten gibt es wirksame, sichere und wirtschaftliche Bekämpfungsmaßnahmen. Da die Länder, in denen diese Krankheiten endemisch sind, jedoch nicht fordern, dass diesen Krankheiten mehr Aufmerksamkeit zuteil wird, fließen die globalen Ressourcen weiterhin spärlich und die Bekämpfung, Verhütung und Eradizierung oder Eliminierung dieser Krankheiten machen nur inakzeptabel langsame Fortschritte.

Eine wichtige Aufgabe besteht darin, den Zugang zu Arzneimitteln und die auf die Bekämpfung bestimmter Krankheiten abzielenden Maßnahmen zu verbessern und zugleich durch innovative Ansätze im Rahmen der Prioritäten und strategischen Pläne der Länder die Gesundheitssysteme zu stärken. Solche Ansätze könnten beispielsweise das Schulsystem einbeziehen. Eine besondere Herausforderung ist die Entwicklung neuer Instrumente, d. h. von Arzneimitteln, Impfstoffen und Diagnoseverfahren sowie von kostenwirksamen Strategien für übertragbare Krankheiten, für die solche Instrumente noch fehlen, vor allem in Ländern, die sich komplexen Notsituationen gegenüber sehen. Neue Partnerschaften sollten erleichtert werden, die bei der globalen, regionalen und nationalen Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten ein gemeinsames Vorgehen ermöglichen; die enge Verknüpfung von Armut und Menschenrechten muss hervorgehoben werden, und aus der Durchführung konkreter, gegen bisher vernachlässigte Krankheiten gerichteter Maßnahmen sind die richtigen Lehren zu ziehen. Außerdem bedarf es intensiver Überzeugungsarbeit, um die internationale Gemeinschaft stärker zu verpflichten und zur Bereitstellung von mehr Ressourcen zu bewegen, aber auch der politischen Entschlossenheit in den betroffenen Ländern, damit die Maßnahmen für eine intensiviertere Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten ausgeweitet werden können.

ZIEL Verringerung der negativen Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten auf die Gesundheit und das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen aller Menschen der Welt.

WHO-VORGABEN Verringerung von Morbidität, Mortalität und Behinderungen durch die Verhütung, Bekämpfung und soweit möglich Eradizierung oder Eliminierung ausgewählter übertragbarer Krankheiten, möglichst durch ein gemeinsames Vorgehen.

Indikatoren

- Zahl der Länder mit aktiven nationalen Programmen, die der Bekämpfung vernachlässigter übertragbarer Krankheiten dienen
- Zahl der Länder, die hinsichtlich der durch konkrete Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung für die Bekämpfung bestimmter Krankheiten gesetzten Ziele Fortschritte machen

STRATEGISCHES VORGEHEN Festlegung und Umsetzung evidenzbasierter Strategien, Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Länder, Kompetenzbildung und Einbeziehung relevanter Partner in die praktische Arbeit, u. a. in Ländern, die mit komplexen Notsituationen konfrontiert sind; Aufstellung von Strategien für die integrierte Krankheitsbekämpfung, d. h. für das integrierte Fallmanagement, die Vektorbekämpfung und schulische Bekämpfungsmaßnahmen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
1. Umfassende Leitlinien für die Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Verhütung, Bekämpfung und Eliminierung vernachlässigter übertragbarer Krankheiten erarbeitet und bereit gestellt, die Risikopopulationen wirksam erreichen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der aufgestellten oder auf der Grundlage der WHO-Leitlinien für die Verhütung, Bekämpfung und Eliminierung ausgewählter, Risikopopulationen treffender Krankheiten überarbeiteten nationalen und teilnationalen Strategiepläne 	50	100
2. Wirksame Ansätze für die Verhütung, das Fallmanagement, die Überwachung und Bekämpfung von vernachlässigten übertragbaren Krankheiten unter ressourcenschwachen Gegebenheiten validiert und in vorrangigen Ländern gefördert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der ressourcenschwachen Länder, in denen für den Gebrauch in Einrichtungen der Primärversorgung und in Gebietskrankenhäusern bestimmte Leitlinien und Fortbildungsmaterialien für das integrierte Management von Krankheiten unter Jugendlichen und Erwachsenen den Gegebenheiten des Landes angepasst werden Zahl der Länder, die integrierte schulische Gesundheitsmaßnahmen ihren Gegebenheiten anpassen und umsetzen Zahl der Länder, in denen wirksame Ansätze für die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung neu auftauchender Darmerkrankungen etabliert wurden 	20	60
3. Innovative Partnerschaften und Koordinationsmechanismen mobilisiert, um die Fähigkeit der Gesundheitsministerien zur Bekämpfung bestimmter übertragbarer Krankheiten und ihre Rolle bei diesen Maßnahmen wirksam zu stärken.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die wirksame Partnerschaften eingegangen sind, und zwar mit nichtstaatlichen Organisationen, privaten Leistungserbringern, Vertretern der Zivilgesellschaft und internationaler Organisationen, um mit Unterstützung der WHO bestimmte übertragbare Krankheiten zu bekämpfen Zahl der Länder, in denen mit Unterstützung der WHO eine wirksame sektorübergreifende Zusammenarbeit für die Bekämpfung von Zoonosen und Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen zustande gekommen ist 	80	105
4. Vorrangige Länder, darunter Länder, die sich mit komplexen Notsituationen konfrontiert sehen, angemessen dabei unterstützt, Konzepte und Strategien ihren Gegebenheiten anzupassen und umzusetzen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die sich mit komplexen Notsituationen konfrontiert sehen und wirksame Unterstützung für die Anwendung geeigneter Elemente der Ansätze für die Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erhalten haben Zahl der Zielländer, die mit Unterstützung der WHO eine intensivierte, Synergiewirkungen ausnutzende Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten durchführen 	50	100
5. Innovative und kostenwirksame Maßnahmen, Techniken und Instrumente für die Verhütung, Bekämpfung und Eliminierung von übertragbaren Krankheiten unter ressourcenschwachen Gegebenheiten, darunter in komplexen Notsituationen, erarbeitet und validiert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neuen integrierten Fallmanagementstrategien für die Bekämpfung vernachlässigter übertragbarer Krankheiten Zahl der entwickelten und erprobten neuen Techniken und Instrumente für die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Zoonosen und wasser- bzw. lebensmittelbedingten Erkrankungen 	8	10
6. Angemessene Unterstützung der Länder bei der Verbesserung ihrer Fähigkeit, in der intensivierten Bekämpfung oder Eliminierung von bestimmten übertragbaren Krankheiten wesentliche Fortschritte zu machen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine Krankheitskartierung vorgenommen und mit der Massenabgabe von Arzneimitteln gegen lymphatische Filariose begonnen haben Zahl der Länder, die mit Unterstützung der WHO ihre nationalen Programme für die Verhütung und Bekämpfung schwerer Zoonosen oder von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aktualisiert haben 	10	20
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neuen integrierten Fallmanagementstrategien für die Bekämpfung vernachlässigter übertragbarer Krankheiten Zahl der entwickelten und erprobten neuen Techniken und Instrumente für die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Zoonosen und wasser- bzw. lebensmittelbedingten Erkrankungen 	-	5
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der entwickelten und erprobten neuen Techniken und Instrumente für die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Zoonosen und wasser- bzw. lebensmittelbedingten Erkrankungen 	-	2
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine Krankheitskartierung vorgenommen und mit der Massenabgabe von Arzneimitteln gegen lymphatische Filariose begonnen haben Zahl der Länder, die mit Unterstützung der WHO ihre nationalen Programme für die Verhütung und Bekämpfung schwerer Zoonosen oder von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aktualisiert haben 	46	55
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die mit Unterstützung der WHO ihre nationalen Programme für die Verhütung und Bekämpfung schwerer Zoonosen oder von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen aktualisiert haben 	50	80

MITTEL (in Tausend US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				154 056	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

FORSCHUNG AUF DEM GEBIET DER ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Infektionskrankheiten stellen trotz der ständig in ihre Prävention investierten Ressourcen und Bemühungen ein anhaltendes Problem dar und tragen wesentlich zur Krankheitsbelastung von Entwicklungsländern bei. Sie hemmen weiterhin die soziale und wirtschaftliche Entwicklung und treffen arme und marginalisierte Bevölkerungsgruppen unverhältnismäßig schwer, weshalb sie ein erhebliches Hindernis für die Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele bedeuten. Für die Bekämpfung einiger Krankheiten fehlt es schon lange an wirksamen Instrumenten. Bei anderen versagen mittlerweile Instrumente, Methoden und Strategien, die einst für eine erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung als ausreichend galten. Mikroorganismen sind arzneimittelresistent, Insektenüberträger pestizidresistent geworden, ökologische Bedingungen und soziale Verhältnisse ändern sich oder es wird schwierig, sie nachhaltig positiv zu beeinflussen. Fehlende kommerzielle Anreize und bedarfsgerecht eingesetzte Forschungsressourcen begrenzen das Engagement des privaten wie des öffentlichen Sektors. Folglich fehlen die Innovationen oder neue Instrumente werden nicht ausreichend bewertet und eingesetzt, viele potenziell nützliche Instrumente und Methoden harren noch einer gründlichen Evaluierung. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass der öffentliche und der private Sektor und Wissenschaftler durch geeignete Mechanismen effizient zusammenarbeiten und viele dieser Hindernisse überwinden können. Ein gutes Beispiel sind die Erfahrungen des von UNICEF/UNDP/Weltbank/WHO getragenen Programms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.

Allerdings bleiben noch zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen. Mehr Wissen ist erforderlich über die biosozialen, wirtschaftlichen und politischen Determinanten der anhaltenden Belastung durch übertragbare Krankheiten. Das durch moderne Wissenschaften wie die Genomik zuwege gebrachte neue Wissen muss in die Entwicklung neuer Produkte (Arzneimittel, Impfstoffe und Diagnoseinstrumente) umgesetzt werden, die für die Zielgruppen akzeptabel, bezahlbar und unter den in Entwicklungsländern herrschenden Verhältnissen einsetzbar sind. Anhand bedarfsgerechter, wissenschaftlich abgesicherter Fakten muss es den Ländern leichter gemacht werden festzulegen, wie sie diese Produkte und neuen Methoden am besten einsetzen und ihren Gebrauch im Hinblick auf die Konsequenzen für ihre Politik evaluieren wollen. Eine weitere Aufgabe ist die Ermittlung von Mechanismen für eine Ausweitung der Methoden, die sinnvollerweise in die konzeptionelle Grundlage übernommen werden sollten. Die Entwicklungsländer müssen dazu befähigt werden, die wissenschaftlichen und technischen Fortschritte aufzunehmen und ihren Gegebenheiten entsprechend nachhaltig zu nutzen. Außerdem müssen sich die Ressourcengeber und Entwicklungspartner der Notwendigkeit und der Funktion von Gesundheitsforschung für die Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele bewusst werden und die erforderlichen Ressourcen aufbringen.

Erfolg können alle diese Anstrengungen jedoch nur haben, wenn umfassende Partnerschaften für Forschungsvorhaben und Produktentwicklung eingegangen werden, an denen sich das Gesundheitswesen, Bekämpfungsprogramme, Industrie, Forschung und Geber aus Entwicklungs- und Industrieländern beteiligen.

ZIEL

Förderung von Forschungsvorhaben, Erweiterung der Wissensgrundlage und Schaffung von unentbehrlichen Instrumenten für die Verhütung und Bekämpfung vernachlässigter Infektionskrankheiten.

WHO- VORGABEN

Verbesserung und Erarbeitung von Instrumenten und Ansätzen, die von Entwicklungsländern für die Verhütung, Erkennung, Behandlung und Bekämpfung vernachlässigter Infektionskrankheiten eingesetzt werden und dazu dienen können, die Länder, in denen diese Krankheiten endemisch sind, zur Durchführung der Forschungsvorhaben zu befähigen, die für die Entwicklung und Umsetzung neuer und verbesserter Ansätze der Krankheitsbekämpfung erforderlich sind.

Indikatoren

- Zugänglichkeit neuer und bzw. oder verbesserter Ansätze für die Verhütung, Erkennung, Behandlung und Bekämpfung vernachlässigter Infektionskrankheiten in Entwicklungsländern, in denen diese Krankheiten endemisch sind
- Umfang des Beitrags, den Endemieländer zur Erforschung von übertragbaren Krankheiten leisten

STRATEGISCHES VORGEHEN Strategische Forschungsausrichtung auf der Grundlage tragfähiger und validierter Analysen und Prioritätensetzungen in den kritischsten Forschungsbereichen zu konkreten und gegebenenfalls mehreren Krankheiten; ausgewogene Zusammenstellung von Langzeitprojekten mit hohem Risiko und risikoarmen Projekten mit kürzerer Laufzeit, um die Grundlage von Innovationen zu sichern; Organisation, Finanzierung und Management von Forschungstätigkeiten, wobei funktionale Sachkenntnis mit Krankheitsschwerpunkten und Bekämpfungsbedarf zu verbinden sind; Aktivitäten mit festen Etappenzielen und Erfolgskriterien, auf der Basis zielgerichteter Forschungsaufgaben, -probleme und -ziele, die in partnerschaftlicher Zusammenarbeit (mit Hochschulwissenschaftlern, Pharmaunternehmen und Experten für Krankheitsbekämpfung) durchgeführt werden; Wissensmanagement, Aufbau von Partnerschaften und Vernetzung mit Experten für Krankheitsbekämpfung und Wissenschaftlern in Endemieländern zur Verbesserung der Forschungsqualifikationen, für die Prioritätenfestsetzung und die Ermittlung von Lösungen; Schwergewicht auf der Ausweitung von Forschungsvorhaben, so dass sie enger mit der Krankheitsbekämpfung verzahnt werden und zur Umsetzung von Programmen und Konzepten beitragen können.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Neues Grundwissen über (biomedizinische, soziale, wirtschaftliche, durch das Gesundheitssystem bedingte, verhaltensbezogene und geschlechtsspezifische) Determinanten und andere für die wirksame Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten wichtige Faktoren zugänglich.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neuen, wesentlichen und relevanten wissenschaftlichen Fortschritte in der Biomedizin, sowie in den Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaften 	0	250
2. Neue und verbesserte Instrumente, d. h. Arzneimittel, Impfstoffe und Diagnoseverfahren, für die Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten erarbeitet.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl neuer und verbesserter Instrumente, wie z. B. Arzneimittel und Impfstoffe, die von den Zulassungsbehörden freigegeben werden und bzw. oder eine Zulassungserweiterung erhalten oder im Fall von Diagnoseverfahren für den Einsatz in der Bekämpfung vernachlässigter Tropenkrankheiten empfohlen werden Zahl neuer und verbesserter epidemiologischer und umweltbezogener Instrumente, die für den Einsatz in der Bekämpfung vernachlässigter Tropenkrankheiten empfohlen werden 	0	5
3. Neue und verbesserte Interventionsmethoden für die klinische und bevölkerungsweite Anwendung vorhandener und neuer Instrumente entwickelt und validiert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der validierten neuen und verbesserten Interventionsmethoden für die Verhütung, Diagnose und Behandlung von Infektionskrankheiten oder für Rehabilitationsmaßnahmen unter ausgesetzten oder betroffenen Bevölkerungsgruppen 	0	4
4. Neue und verbesserte Public-Health-Konzepte für die umfassende Umsetzung vorhandener und neuer Strategien zur Prävention und Bekämpfung entworfen und validiert, Leitlinien für die Anwendung im Rahmen nationaler Bekämpfungsmaßnahmen zugänglich.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der aufgestellten, validierten und für den Einsatz empfohlenen neuen und verbesserten Konzepte und Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit bewährter Public-Health-Maßnahmen 	0	6
5. Partnerschaften etabliert und angemessene Unterstützung für die Verbesserung der Forschungskompetenz und der Kapazitäten für die Produktentwicklung sowie die Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse in Endemieländern geleistet.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der gestärkten Forschungseinrichtungen in Endemieländern mit niedrigem Volkseinkommen Anteil neuer und wesentlicher wissenschaftlicher Fortschritte, die von Wissenschaftlern aus Endemieländern erzielt wurden 	0	3
6. Ausreichende Sachinformationen und Forschungsleitlinien für Partner und Nutzer zugänglich.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der erarbeiteten und veröffentlichten Forschungsinstrumente und Leitlinien für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten Zahl der weltweit veröffentlichten, Prioritäten setzenden Forschungsberichte zu vernachlässigten Infektionskrankheiten 	56%	60%
		0	15
		0	4

MITTEL (in Tausend US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				109 672	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

WARNUNGEN UND GEGENMASSNAHMEN BEI EPIDEMIEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die weltweite gesundheitliche Sicherheit (auf die in Resolution WHA54.14 Bezug genommen wird) ist immer wieder gefährdet durch das Auftauchen neuer oder erst neu erkannter Krankheitserreger, ihre mögliche absichtliche oder zufällige Freisetzung und das Wiederaufflammen bekannter epidemischer Gefährdungen. Biologische Waffen stellen zwar die unmittelbar deutlichste Sicherheitsbedrohung dar, doch die globale gesundheitliche Sicherheit wird auch von neuen übertragbaren Krankheiten oder von Krankheiten mit Epidemiepotenzial (wie Influenza, Meningitis, SARS, Cholera oder Ebola-Fieber) bedroht, weil sie das Gesundheitswesen der Länder häufig und unerwartet vor kaum zu bewältigende Aufgaben stellen, die routinemäßigen Bekämpfungsprogramme unterbrechen und die Aufmerksamkeit und Mittel von anderen Aufgaben abziehen.

Die meisten Krankheitsausbrüche und Epidemien werden von bekannten Krankheitserregern verursacht, aber es tauchen auch ständig neue Infektionskrankheiten auf, von denen viele ihren Ursprung in Zoonosen zu haben scheinen. Krankheitsausbrüche und Epidemien respektieren keine Staatsgrenzen und können sich, wenn sie nicht eingedämmt werden, rasch international ausbreiten. Nicht verifizierte und ungenaue Angaben zu Krankheitsausbrüchen führen oft zu übertriebenen Reaktionen in den Medien und vonseiten der Behörden, was wiederum Panikreaktionen und unsachgemäße Gegenmaßnahmen auslöst, die ihrerseits bewirken könnten, dass Handel, Reiseverkehr und Tourismus schwere Einbrüche erleiden, was dann die betroffenen Länder wirtschaftlich noch stärker belastet. Die Unterstützung durch eine verlässliche und rasche Labordiagnostik bildet bei jedem Krankheitsausbruch eine Grundvoraussetzung für wirksame und umgehende Gegenmaßnahmen. Zurzeit werden viele Ausbrüche überhaupt nicht diagnostiziert. Die Unfähigkeit, solche Infektionen bereits in der Frühphase eines Ausbruchs zu erkennen, führt zum Anstieg von Morbidität und Sterblichkeit, was sich vermeiden ließe.

Entscheidend für die Verbesserung der globalen gesundheitlichen Sicherheit ist, dass man vorbereitet ist. Durch nationale Surveillance- und Reaktionssysteme sollten wichtige Krankheiten ständig überwacht werden, und diese Systeme sollten auch eine effektive Warnfunktion erfüllen und bei (natürlichen, absichtlich oder versehentlich ausgelösten) Krankheitsausbrüchen Informationen für Gegenmaßnahmen liefern. Solche Systeme sind allerdings nur dann tragfähig, wenn sie im Rahmen des Gesundheitsinformationssystems eines Landes Teil der nationalen Überwachung übertragbarer Krankheiten sind.

Die überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Health Regulations) stellen in diesem Zusammenhang ein wirksames Instrument zur Harmonisierung der von den Mitgliedstaaten ergriffenen gesundheitlichen Maßnahmen dar und geben einen Rahmen ab für die Meldung und Ermittlung gesundheitlicher Notsituationen von internationalem Interesse sowie für die erforderlichen Gegenmaßnahmen.

In der letzten Zeit wurden zwar erhebliche Fortschritte erzielt, dennoch verbleiben für den kommenden Haushaltszeitraum wichtige Aufgaben, u. a. muss die globale partnerschaftliche Zusammenarbeit gestärkt werden, außerdem braucht es mehr Überzeugungsarbeit und eine verbesserte internationale Zusammenarbeit für die Bewältigung von Epidemien und neuen gesundheitlichen Gefährdungen. Zudem müssen die nationalen, regionalen und globalen Überwachungs- und Eindämmungsstrategien für bekannte epidemische Krankheiten aktualisiert und umgesetzt werden, und es gilt neue Instrumente und neues Wissen zu nutzen. Die Mechanismen für die Erfassung und Verifizierung unerwarteter Ausbrüche und Epidemien auf örtlicher, nationaler, regionaler und internationaler Ebene sowie für rasche und wirksame Gegenmaßnahmen sind zu verbessern. Es müssen im Rahmen nationaler Surveillance-systeme für übertragbare Krankheiten nationale Aktionspläne für Epidemiewarnungen und -maßnahmen aufgestellt, umgesetzt und ausgewertet werden, wobei das System möglichst mehrere Krankheiten gleichzeitig abdecken sollte. Außerdem müssen die überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften umgesetzt werden, damit man Rahmenbestimmungen für die Sicherung der globalen gesundheitlichen Sicherheit erhält.

ZIEL

Sicherung der globalen gesundheitlichen Sicherheit und Förderung von Maßnahmen, mit denen die Auswirkungen übertragbarer Krankheiten auf die Gesundheit und das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen aller Menschen der Welt verringert werden können.

WHO- VORGABEN

Die Gefahren, die potenziell epidemische und neue Infektionskrankheiten mit bekannter und unbekannter Ätiologie für die nationale, regionale und globale gesundheitliche Sicherheit heraufbeschwören, aufspüren, erkennen und umgehend bekämpfen und diese Aktivitäten mit dem Ausbau der für übertragbare Krankheiten zuständigen Überwachungs- und Reaktionssysteme, von nationalen Gesundheitsinformationssystemen sowie Public-Health-Programmen und -Diensten zu verbinden.

Indikator

- Rechtzeitige Erkennung von Epidemien und sich abzeichnenden gesundheitlichen Gefährdungen, die auf nationaler Ebene und international Besorgnis auslösen, sowie Gegenmaßnahmen

STRATEGISCHES VORGEHEN Aufrechterhaltung des nationalen und internationalen Interesses und Engagements für die Warnung und für Gegenmaßnahmen bei Epidemien; Unterstützung der konzeptionellen und strategischen Entwicklung von Warnsystemen und Gegenmaßnahmen auf regionaler und nationaler Ebene in Übereinstimmung mit der globalen Strategie; Stärkung der einzigartigen Führungs- und Koordinationsfunktion der WHO durch den Ausbau des Globalen Netzwerks für Warnungen und Gegenmaßnahmen; Stärkung der Umsetzung von nationalen Frühwarn-, Surveillance- und Reaktionssystemen durch verbesserte Laborkapazitäten (einschließlich Fortbildung), Operations Research und Schulung für praktische epidemiologische Aufgaben, Schaffung geeigneter Mechanismen für die Umsetzung der überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Auf nationaler, regionaler und globaler Ebene wirksame Partnerschaften gebildet, nationales Interesse und Engagement geweckt und für die Unterstützung von Epidemiewarnungen und Gegenmaßnahmen ausreichende Ressourcen beschafft.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neuen regionalen und globalen Partnerschaftsinitiativen, die Epidemiewarnungen und Gegenmaßnahmen auf regionaler und globaler Ebene finanziell, politisch oder technisch unterstützen und bzw. oder neue Sektoren (z.B. Tiergesundheit, Landwirtschaft, Sicherheit) einbeziehen 	0	5 neue globale Partner für die finanzielle Unterstützung, plus 3 regionale Initiativen für Epidemiewarnungen und Gegenmaßnahmen plus 3 globale Partnerschaften mit neuen Sektoren
2. Strategie für die Erkennung von und die Reaktion auf Epidemien und Leitlinien dafür, wie die Länder am besten unterstützt werden können, in enger Zusammenarbeit mit WHO-Kooperationszentren und internationalen Partnern aktualisiert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl neuer oder aktualisierter Pläne für die Umsetzung der aktualisierten Strategie und Bereitstellung stützender Materialien für den Epidemieschutz und entsprechende Maßnahmen in offiziellen und anderen relevanten Sprachen verfügbar Anteil der Länder mit geringem und mittlerem Volkseinkommen, die WHO-Strategien für die Stärkung der Überwachung wichtiger potenziell epidemischer Krankheiten umsetzen und ihre Reaktionsfähigkeit verbessern 	0	6 (1 pro Region)
3. Koordination bedarfsgerechter Warnungen und Gegenmaßnahmen im Hinblick auf gesundheitliche Notsituationen von internationaler Reichweite durch die Zusammenarbeit zwischen allen WHO-Mitgliedstaaten, WHO-Kooperationszentren und Partnern im Globalen Netzwerk für Warnsysteme und Gegenmaßnahmen.	<ul style="list-style-type: none"> Anteil der gemeldeten Ausbrüche, die verifiziert wurden Anteil von Hilfeersuchen, auf die reagiert wurde Zahl der neuen technischen Bereiche (z. B. Anthropologie, Infektionsbekämpfung), in denen die WHO für die Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen etabliert hat 	40%	60%
4. Mitgliedstaaten beim Ausbau ihrer nationalen Systeme für die Überwachung von übertragbaren Krankheiten und die Ergreifung von Gegenmaßnahmen angemessen unterstützt, was auch die verbesserte Qualifikation zur Früherkennung und Untersuchung von Epidemien und neuen infektiösen Krankheitsgefahren und zur Reaktion darauf gemäß den Leitlinien der Internationalen Gesundheitsvorschriften einschließt.	<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Länder mit geringem und mittlerem Volkseinkommen, die bei der Umsetzung nationaler Surveillancepläne unterstützt wurden, darunter bei der Ausarbeitung von Schutzplänen, im Frühwarnbereich, im Hinblick auf Kommunikationsformen, Laborkompetenz, aufsuchende Epidemiologie und Public-Health-Kartierung 	70%	80%
		95%	100%
		0	3
		40%	60%

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUS- GANGS- LAGE	EINZELZIELE
5. Verfahren für die Handhabung der überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften aufgestellt und Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der überarbeiteten Vorschriften unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Länder, die daran arbeiten, die für die Einhaltung der Internationalen Gesundheitsvorschriften erforderlichen Kernkapazitäten zu stellen 	0	80%

MITTEL (in Tausend US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				130 944	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

MALARIA

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Die Malaria löst jedes Jahr ungefähr 300 Millionen akute Krankheitsschübe aus und fordert über eine Million Todesopfer. Sie trägt dazu bei, dass sich die Wohlstandskluft zwischen den endemischen Ländern und der malariafreien Welt weiter vertieft. Etwa 90% der Krankheitslast entfallen auf den tropischen Teil von Afrika, wo die Krankheit bei Kindern unter fünf Jahren eine Hauptursache von Sterblichkeit und Morbidität darstellt. Nahezu 60% aller Malariasterbefälle konzentrieren sich in den ärmsten 20% der Weltbevölkerung, was die stärkste Assoziierung einer bestimmten Krankheit mit der Armut darstellt. Die Resistenz gegenüber bisher wirksamen Behandlungsformen nimmt zu, was zum Anstieg der Mortalität beigetragen hat. Andere Teile der Welt haben ebenfalls eine erhebliche Malaria-prävalenz und brauchen deshalb die fortgesetzte Unterstützung der WHO.</p> <p>Zurzeit basieren die Malariabekämpfungsstrategien auf einer wirksamen frühen Behandlung (Kombinationsbehandlung, vorzugsweise Artemisinin basiert, gegen Malaria falciparum), auf Verhütung durch Vektorbekämpfung (in Afrika vor allem durch den Einsatz von insektizidbehandelten Netzen), auf der intermittierenden Prophylaxe bei Schwangeren in Gebieten mit epidemiologisch stabiler Malariasituation und auf der Verhütung und Bekämpfung von Epidemien.</p> <p>Im Jahr 1998 wurde die Initiative Roll Back Malaria ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Malariabelastung bis zum Jahr 2010 zu halbieren; dieses Vorhaben führte dazu, dass die Partnerschaft Roll Back Malaria zustande kam und in Bezug auf die Malariabekämpfung die Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen der WHO und den übrigen Partnern geklärt wurde.</p> <p>Unter den Millenniums-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen findet man auch den Kampf gegen die Malaria als eine bis zum Jahr 2015 reichende Vorgabe, und das Jahrzehnt zwischen 2001 und 2010 wurde zur Dekade der Initiative Roll Back Malaria in Entwicklungsländern, insbesondere in Afrika, erklärt. Das Jahr 2005 ist die Frist für die Erfüllung der mit der Erklärung von Abuja eingegangenen Verpflichtungen für Roll Back Malaria in Afrika, die bedeuten, dass mindestens 60% der Betroffenen von den wichtigsten Malariabekämpfungsmaßnahmen erfasst sein sollen. In den letzten Jahren wurden hinsichtlich der Erreichung dieser Ziele rasche Fortschritte gemacht.</p> <p>Der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hat in seinen ersten drei Runden für fünf Jahre über 942 Millionen US-Dollar für die Malariabekämpfung bewilligt. Mit dieser Mittelaufstockung eröffnen sich für die WHO und ihre Partner in der Initiative Roll Back Malaria große Möglichkeiten, die Kompetenzentwicklung sowie die Umsetzung, die Begleitüberwachung und Evaluierung von Maßnahmen verstärkt zu unterstützen.</p>
ZIEL	<p>Ausgehend von der Situation im Jahr 2000 Halbierung der Malariabelastung bis zum Jahr 2010 und eine weitere Reduzierung bis zum Jahr 2015 (<i>Millenniums-Entwicklungsziel: Bis 2015“ die Inzidenz der Malaria aufzuhalten und eine Trendwende einzuleiten...“</i>).</p>
WHO- VORGABEN	<p>Verbesserte Zugänglichkeit wirksamer Malariabehandlungsformen für Risikopopulationen, Förderung einer wirksamen Malariaphylaxe für Risikopopulationen, Kompetenzbildung für die Malariabekämpfung und Ausbau von Malariaüberwachungssystemen sowie begleitende Überwachung und Evaluierung der Bekämpfungsmaßnahmen.</p> <p>Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterberate aufgrund von Malaria und allen Ursachen unter Zielgruppen • Inzidenz der schweren und unkomplizierten Malariafälle unter Zielgruppen • Anteil der Haushalte mit mindestens einem insektizidbehandelten Bettnetz • Prozentsatz der Patienten mit unkomplizierter Malaria, die innerhalb von 24 Stunden nach Einsetzen der Symptome eine korrekte Behandlung erhalten
STRATEGISCHES VORGEHEN	<p>Unterstützung der Gesundheitsministerien bei wesentlichen, mit der Malariabekämpfung verbundenen Funktionen des Gesundheitswesens; Förderung von Synergiewirkungen mit inhaltlich ähnlichen Gesundheitsprogrammen, vor allem in den Bereichen Immunisierung, Gesundheit von Mutter und Kind, Arzneimittel sowie Umwelt und Gesundheit; Förderung der partizipatorischen Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen und Zivilgesellschaft; Einbindung des Privatsektors in die Prophylaxe und Behandlung; Ermittlung der besten Vorgehensweisen und Finanzierungsmechanismen für die Intensivierung der Maßnahmen; Erarbeitung von Instrumenten und Unterstützungsmaßnahmen für das Management auf Distriktebene; Ausweitung der WHO-Kapazität auf Länderebene, zusammen mit den HIV/Aids- und Tuberkuloseprogrammen.</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
1. Zugang von Risikopopulationen zu einer wirksamen Malariabehandlung gefördert und erleichtert durch Leitlinien für Behandlungskonzepte und Maßnahmenumsetzung.	• Anteil der Malaria endemischen Länder, die bei Malaria falciparum eine Politik der Artemisinin basierten Kombinationstherapie verfolgen	40/100	50/100
	• Zahl der Malaria endemischen Länder in Afrika, die für unkomplizierte Malariafälle landesweite häusliche Behandlungsprogramme auflegen	18/44	35/44
2. Anwendung einer wirksamen Malariaphylaxe bei Risikopopulationen in endemischen Ländern gefördert.	• Anteil der Malaria endemischen Länder, die eine Strategie des Einsatzes von insektizidbehandelten Netzen verfolgen, durch die mindestens 60% der Zielbevölkerung geschützt werden	30%	50%
	• Zahl der afrikanischen Länder, die die von der WHO empfohlene Strategie zur Malariaphylaxe für Schwangere umsetzen	11/44	35/44
	• Zahl der Malaria gefährdeten Länder, die in >80% der Epidemie gefährdeten Gebiete mit wöchentlichen Malariaüberwachungsdaten arbeiten	5	25/25 in Afrika
3. Angemessene Unterstützung für eine kompetentere Malariabekämpfung in den Ländern.	• Zahl der Länder, in denen mit der Malariabekämpfung befasste nationale Einrichtungen bedarfsgerecht ausgebaut wurden	0	14
	• Zahl der Länder, die die von der WHO aufgestellten Leitlinien für die Entwicklung von Humanressourcen zur Unterstützung der Malariabekämpfung nutzen	0	14
4. Funktionierende Malariaüberwachungssysteme und ein System für die Begleitüberwachung und Evaluierung von Bekämpfungsprogrammen in den einzelnen Ländern, auf regionaler und globaler Ebene.	• Zahl der globalen Malariameldungen	1	2
	• Anteil der endemischen Länder mit umfassenden jährlichen Meldungen, die diese Informationen auch wirksam nutzen	Noch festzulegen	100%
5. Effektive Partnerschaften für die Umsetzung des globalen Arbeitsplans von Roll Back Malaria zur Unterstützung einer im optimalen Umfang betriebenen Malariabekämpfung in den Ländern angeknüpft und gepflegt.	• Zahl der Malaria endemischen Länder, die im optimalen Umfang Malariabekämpfung betreiben, um eine 50%ige Verringerung der Malaria bedingten Morbidität und Mortalität zu erreichen	0	20
	• Prozentuale Aufstockung der in die Malariabekämpfung fließenden Ressourcen	25%	75%

MITTEL (in Tausend US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				137 934	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Malaria** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

TUBERKULOSE

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

In einigen Regionen machen sich inzwischen zwar die intensivierten Bekämpfungsmaßnahmen bemerkbar, doch die Tuberkuloseepidemie bleibt weltweit ein schwerwiegendes gesundheitliches Problem mit zurzeit jährlich 8,8 Millionen neuen Krankheits- und etwa zwei Millionen Sterbefällen. Etwa 80% dieser Morbidität und Mortalität entfallen auf 22 besonders stark belastete Länder. Die international empfohlene Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose, die auch die direkt kontrollierte ambulante Kurzzeitbehandlung (DOTS)¹ umfasst, hat sich im großen Maßstab bewährt und als höchst kostenwirksam erwiesen. Bis 2002 hatten 180 Länder die DOTS-Strategie übernommen, doch nur 37% aller Tuberkulosepatienten wurden nach diesem Konzept betreut. Viele kleine bis mittlere Länder haben die globalen Bekämpfungsziele fast oder schon ganz erfüllt (nämlich die Erfassung von 70% der Infektionsfälle und einen 85%igen Behandlungserfolg bis 2005), während die meisten bevölkerungsreichen Länder mit schwerer Tuberkulosebelastung den Anforderungen noch nicht gerecht werden: Entweder haben sie die Strategie erst vor kurzem übernommen oder ihren Anwendungsbereich nur langsam ausgeweitet, normalerweise weil es an politischem Engagement und an finanziellen und personellen Ressourcen fehlte. Hinzu kommt, dass die Systeme der primären Gesundheitsversorgung zu schwach sind und nicht alle staatlichen wie nichtstaatlichen Leistungserbringer in die Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen einbezogen wurden, was den Einsatz der DOTS-Strategie auf allen Ebenen stark behindert hat. Außerdem wurde die Tuberkulosebekämpfung stark durch die HIV/Aids-Epidemie, die wirtschaftlichen und sozialen Unruhen in vielen armen Ländern und durch das Auftreten der multiazneimittelresistenten Tuberkulose erschwert. In Ländern mit hoher HIV-Prävalenz hat sich die Zahl der Tuberkulosefälle in den letzten fünfzehn Jahren vervierfacht. Die Arzneimittelresistenz stellt in mehreren Ländern ein ernstes Problem dar, in einigen der osteuropäischen und zentralasiatischen Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in Teilen von China liegt die Prävalenz der multiazneimittelresistenten Tuberkulose mittlerweile bei 10% oder höher.

An der globalen Initiative Stopp der Tb beteiligen sich mittlerweile über 280 Partner, darunter Organisationen in Ländern mit einer hohen Krankheitslast, bilaterale und multilaterale Organisationen, nichtstaatliche Organisationen, Hochschulinrichtungen und der Privatsektor. Das „Washington Commitment to Stop TB“ (2001) beinhaltet die Unterstützung einer massiven Ausweitung von DOTS, damit die globalen Ziele bis Ende 2005 erreicht werden können. Millenniums-Entwicklungsziel 6 benennt die Rate der Fallerfassung, Heilung, Prävalenz und Mortalität als Indikatoren der erzielten Fortschritte. In dem 2001 lancierten Globalen Plan Stopp der Tb wurden die Maßnahmen vorgezeichnet, die zur Erreichung dieser Ziele unternommen werden müssen, u. a. Ausweitung des DOTS-Erfassungsgrads, Ausweitung neuer Strategien auf die Bekämpfung der HIV-assoziierten Tuberkulose und der multiazneimittelresistenten Tuberkulose sowie Forschung und Entwicklung für neue Diagnoseinstrumente, Arzneimittel und Impfstoffe. Die Finanzierung und Zusammenarbeit hat sich in jedem dieser Bereiche zwar verbessert, doch nicht schnell genug. Bis 2004 erhielten bereits 49 Länder durch die Globale Initiative zur Versorgung mit Tb-Arzneimitteln Medikamente für eine erweiterte Doms-Behandlung, die fast zwei Millionen Patienten erfasste. Das so genannte „Green Light Committee“, das Zugang zu Arzneimitteln der zweiten Wahl für die wirksame Behandlung der multiazneimittelresistenten Tuberkulose eröffnet, hatte bis 2003 in 14 Ländern für die Einführung von DOTS-Plus-Projekten gesorgt.

Um die Tuberkuloseepidemie angehen zu können, braucht man neue Strategien, wobei zuallererst alle für die Versorgung zuständigen staatlichen Stellen einbezogen und auch die Bevölkerung, nichtstaatliche Organisationen und privat praktizierende Fachkräfte in die staatlichen Bekämpfungsprogramme eingebunden werden müssen. Außerdem muss man sich aber auch mit den umfassenderen Hindernissen der Tuberkulosebekämpfung auseinandersetzen (z. B. mit der Tatsache, dass die Gesellschaft insgesamt nicht ausreichend für die Problematik sensibilisiert ist, dass die Primärversorgung zu schwach ist und die fehlenden personellen Ressourcen eine Krise ausgelöst haben).²

Der Globale Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria hat den Ländern in noch nie da gewesenem Umfang Mittel für die Bekämpfung der Tuberkulose bewilligt und auch die Weltbank sowie einige bilaterale Geber haben ihre Unterstützung verstärkt. Die WHO und diese Partner werden weiterhin eng mit den Ländern zusammenarbeiten, um die effektive Nutzung dieser neuen Ressourcen zu sichern.

ZIEL

Alle Länder sollen die globalen Bekämpfungsziele einer 70%igen Fallerfassungsrate und einer 85%igen Erfolgsrate bei der Behandlung erreichen und diese Erfolge aufrecht erhalten, um die mit der Tuberkulose assoziierte Prävalenz und Sterblichkeitsrate bis zum Jahr 2015 halbieren zu können.

¹ Siehe *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004

² Dokument WHO/HTM/STB/2004.28

WHO-VORGABEN

Ausweitung der Umsetzung der DOTS-Strategie und Stärkung der Tuberkulosebekämpfung u. a. durch Strategien und Konzepte zur Bekämpfung der Tuberkulose/HIV-Doppelinfection und der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose und für die verstärkte Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen, aller Erbringer von Gesundheitsversorgung, nichtstaatlicher Organisationen und Unternehmenspartner, und zwar durch verstärkte Unterstützung der Länder und Pflege der Partnerschaft Stopp der Tb; Ausbau von Surveillance, Monitoring und Evaluation sowie Förderung und Erleichterung von Forschungsvorhaben zu neuen Diagnoseinstrumenten, Arzneimitteln und Impfstoffen.

Indikatoren

- DOTS-Erfassungsgrad
- Rate der Fallerfassung und des Behandlungserfolgs
- Rate der Tuberkuloseprävalenz, -inzidenz und -mortalität
- Umfang der Umsetzung neuer Ansätze z. B. für die zielgerichtete Bekämpfung der Tuberkulose/HIV-Doppelinfection, der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose und die Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen
- Umfang der finanziellen Ressourcen für die Tuberkulosebekämpfung

STRATEGISCHES VORGEHEN

Koordinierte Pläne für die DOTS-Erweiterung in stark belasteten Ländern und anderen Ländern mit hoher Tuberkuloseprävalenzrate, innovative Möglichkeiten der Einbeziehung aller Erbringer von Gesundheitsversorgung und von Bevölkerungsgruppen, Bereitstellung hochwertiger Arzneimittel durch die Globale Initiative zur Versorgung mit Tb-Arzneimitteln, weltweite Überzeugungsarbeit und gesellschaftliche Sensibilisierung durch die Globale Partnerschaft Stopp der Tb, rationaler Einsatz von Tuberkulosemedikamenten der zweiten Wahl, verbesserte Surveillance und Begleitüberwachung, einschließlich der Arzneimittelresistenz.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE**INDIKATOREN****AUSGANGSLAGE****EINZELZIELE**

1. Globaler, auf die Erreichung von Millenniums-Entwicklungsziel 6 ausgerichteter DOTS-Erweiterungsplan umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Länder mit Langzeitplänen für die Verwirklichung von Millenniums-Entwicklungsziel 6 • Globale Fallerfassungsrate • Globale Behandlungserfolgsrate • Globale Prävalenzrate (pro 100 000) • Globale Inzidenzrate (pro 100 000) • Globale Mortalitätsrate (pro 100 000) 	5/22	15/22
2. Umsetzung nationaler Langzeitpläne für die DOTS-Erweiterung und die nachhaltige Tuberkulosebekämpfung durch funktionierende nationale Partnerschaften unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der 22 stark belasteten und anderer Zielländer mit funktionierenden nationalen Partnerschaften zur Bekämpfung der Tuberkulose 	26/87	43/87
3. Globale Initiative für die Versorgung mit Tb-Arzneimitteln und „Green Light Committee“ erhalten; beide unterstützen den erweiterten Zugang zu Behandlung und Heilung.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der jährlich mit Unterstützung durch die Globale Initiative zur Versorgung mit Tb-Arzneimitteln behandelten Patienten • Zahl der Länder, die ausreichende Unterstützung durch das „Green Light Committee“ erhalten 	4 Millionen zusätzliche Patienten	4 Millionen zusätzliche Patienten
4. Politisches Engagement erhalten und angemessene Ressourcen beschafft durch die Pflege der Partnerschaft Stopp der Tb und die wirksame Vermittlung des Konzepts, der Strategie und der Fortschritte des Globalen Plans Stopp der Tb.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Zielländer mit internen und bzw. oder externen finanziellen Ressourcen, die zur Schließung der Finanzierungslücke ausreichen 	40	60
		30/87	40/87

**VON DER GESAMTEN ORGANISATION
ANGESTREBTE ERGEBNISSE**

INDIKATOREN

**AUSGANGS-
LAGE**

EINZELZIELE

5. Nationale, regionale und globale Überwachungs- und Evaluationssysteme weitergeführt und ausgeweitet, so dass die im Hinblick auf globale Ziele erreichten Fortschritte, die Ressourcenzuweisung für die Tuberkulosebekämpfung und die Wirkung der Bekämpfungsmaßnahmen verfolgt werden können.

- Anteil der Länder, die eine genaue jährliche Berichterstattung über Surveillance und Begleitbeobachtung sowie Finanzberichte vorlegen, die in den globalen Jahresbericht zur Tuberkulosebekämpfung aufgenommen werden können
- Anteil der stark belasteten Länder, die die Wirkung von Anti-Tuberkulose-Maßnahmen auf die Krankheitslast eingeschätzt oder gemessen haben

185/192 für die Begleitüberwachung; 123 für die finanzielle Berichterstattung
5/22

192 für die Begleitüberwachung; 150 für die finanzielle Berichterstattung
10/22

6. Die Länder bei der Bekämpfung der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose und bei der Verbesserung der Strategien zur Tuberkulosebekämpfung in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz angemessen angeleitet und unterstützt.

- Anteil der Zielländer, die DOTS-Plus-Projekte durchführen, um die multiarzneimittelresistente Tuberkulose handhaben zu können
- Anteil der Länder mit aktuellen Daten aus der Überwachung der Arzneimittelresistenz
- Zahl der stark durch Tuberkulose und HIV-Infektion belasteten Länder, die gemeinsame Aktivitäten durchführen, die eine Zusammenarbeit zwischen Tuberkulose- und HIV-Programmen beinhalten

40%

50%

136/210
(65%)

147/210
(70%)

15

30

7. Durch alle öffentlichen und privaten Leistungserbringer und gemeindebasierten Dienste bessere Tb-Fallerfassungs- und Heilungsraten gefördert und unterstützt und auf Primärebene eine integrierte Versorgung bei Atemwegsproblemen durchgeführt.

- Anteil der Zielländer, die ihre Tuberkuloseversorgung durch unterschiedliche Versorgungsnetze ausweiten, dabei öffentliche und private Leistungserbringer einbeziehen und gemeindenah arbeiten
- Zahl der Zielländer, die Leitlinien zur Sensibilisierung der Gesellschaft für die Möglichkeiten der Heilung und Bekämpfung von Tuberkulose umgesetzt haben
- Zahl der Länder mit ausreichenden Diensten für die Tuberkulosebekämpfung, die bei Atemwegsproblemen auf der Primärebene eine integrierte Versorgung durchführen

20/87

40/87

5/22

15/22

22

32

MITTEL (in Tausend US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				134 865	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Tuberkulose** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

HIV/Aids

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die HIV/Aids-Epidemie zu stoppen bleibt eine der größten Herausforderungen im Bereich der internationalen Public Health. HIV/Aids ist inzwischen die Haupttodesursache in den Ländern südlich der Sahara und rangiert weltweit an vierter Stelle. Ende 2003 lebten schätzungsweise 40 Millionen Menschen mit HIV/Aids, davon 95% in Entwicklungsländern, und über 20 Millionen Menschen waren zu diesem Zeitpunkt an Aids gestorben. In vielen Entwicklungsländern sind es hauptsächlich junge Erwachsene, vor allem junge Frauen, die sich neu infizieren. Etwa ein Drittel der Menschen, die heute mit HIV/Aids leben, sind zwischen 15 und 24 Jahre alt. Die meisten wissen nicht, dass sie infiziert sind. Die Auswirkungen von HIV/Aids werden weiterhin allgemein unterschätzt. Die Epidemie zerstört Familien und Gemeinschaften und schwächt die wirtschaftliche Vitalität der am schlimmsten betroffenen Länder. Zentrale staatliche Funktionen wie auch die nationale Sicherheit werden von den Auswirkungen der Krankheit auf Beamte, Lehrer und Gesundheitsfachkräfte bedroht. In besonders stark betroffenen Regionen untergraben sie die erzielten wirtschaftlichen, sozialen und politischen Fortschritte und zerschmettern die Hoffnung auf eine bessere Zukunft.

Obwohl die antiretrovirale Therapie (ART) den Krankheitsverlauf verzögern und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern kann, sterben weltweit täglich etwa 8000 Menschen an Aids-bedingten Leiden. Zwar wurde in zahlreichen Projekten nachgewiesen, dass es möglich ist, ART in Entwicklungsländern bereitzustellen, aber nur 400 000 der fünf bis sechs Millionen Menschen in Entwicklungsländern, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden, hatten Ende 2003 Zugang zu ART. In Afrika, wo 70% der mit HIV/Aids infizierten Menschen leben, stand ART nur 100 000 Menschen zur Verfügung – also gerade einmal 2% der Behandlungsbedürftigen. Als Reaktion auf diese Krise erklärten die WHO und UNAIDS Ende 2003 die Kluft zwischen reichen und armen Ländern in Bezug auf ART zu einem internationalen Public-Health-Notfall und riefen darauf einen Plan ins Leben, mit dem mindestens der Hälfte der Behandlungsbedürftigen in Entwicklungsländern – also 3 Millionen Menschen – bis Ende 2005 eine Behandlung ermöglicht werden sollte. Das Ziel „3 bis 5“ war ein Zwischenschritt auf dem Weg zum letztendlichen Ziel eines universellen Zugangs zu ART für alle, die diese Therapie benötigen.

Ein weiteres Engagement für die Ausweitung von Präventionsmaßnahmen gegen Ansteckung und Erkrankung ist unerlässlich, die Ausdehnung des Zugangs zu Behandlung aber sorgt für die Vollständigkeit der staatlichen Reaktionen auf HIV/Aids. Sie ermöglicht auch eine wirksamere Nutzung von Synergieeffekten zwischen Therapie und Prävention, z. B. dadurch, dass die Nachfrage nach HIV-Tests stimuliert wird, dass Prävention in die Pflege der mit HIV/Aids lebenden Menschen integriert wird und dass Möglichkeiten geschaffen werden, durch die aufsuchende Präventionsarbeit benachteiligte Menschen Pflege zukommen zu lassen. Vor allem soll die Einführung von ART auch zur Verbesserung der Gesundheitssysteme insgesamt beitragen, z. B. durch die Stärkung bestehender Infrastrukturen und Überweisungsmechanismen und die größere Nutzung von Aufnahmestellen einschließlich der Dienste in den Bereichen Schwangerenbetreuung, Geschlechtskrankheiten, Schadensbegrenzung und Drogensubstitution, gemeindenaher und häuslicher Pflege und Tuberkulosebekämpfung.

In Entwicklungsländern, in denen ART verfügbar ist, hat der rückläufige Bedarf an stationärer Behandlung zu Kostenersparnissen für das Gesundheitssystem insgesamt beigetragen. Ein vereinfachtes Vorgehen bei Behandlung und klinischer Beobachtung trägt ebenfalls zu Kostenersparnissen und zur Nachhaltigkeit von ART-Programmen bei. Solche Programme bringen auch Vorteile für die Gesellschaft mit sich, die über den Gesundheitssektor hinausreichen, in Form des erhöhten Bewusstseins über HIV/Aids, eines vermehrten Kondomgebrauchs, einer verminderten Stigmatisierung und Diskriminierung und einer wiedererlangten Produktivität der arbeitenden Bevölkerung.

Weitere aufeinander abgestimmte Bemühungen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die schwächsten Bevölkerungsgruppen, u. a. Frauen, Arme in ländlichen Gebieten, IV-Drogenkonsumenten, Zugang zu HIV/Aids-Diensten haben und dass Stigmatisierung und Diskriminierung abgebaut werden, insbesondere wo sie den Zugang zu Gesundheitsdiensten behindern. Zu den neuen Dringlichkeiten zählen auch Operations-Research und die Entwicklung und Anwendung neuer Produkte wie klinische Diagnoseinstrumente, Impfstoffe und Mikrobizide. Die Länder benötigen weiterhin Fachbeistand bei der Konsolidierung ihrer HIV/Aids-Programme und Surveillance-Mechanismen (einschließlich Resistenz gegen ART), bei der Schaffung und beim Management strategischer Partnerschaften, bei der Verbesserung der Beschaffungssituation in Bezug auf Medikamente und Diagnosemöglichkeiten, bei der Eingliederung und Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen, beim Aufbau nachhaltiger Kapazitäten in Bezug auf Humanressourcen und finanzielle Mittel im Gesundheitssektor und bei Bemühungen, die sicherstellen sollen, dass die Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids weiter in die Gesundheitssysteme integriert werden und ihnen insgesamt Nutzen bringen.

ZIEL

Wirksame Bekämpfung von HIV/Aids und Milderung seiner sozioökonomischen Auswirkungen durch beschleunigte Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie.

WHO WHO-VORGABEN Schnelle Ausweitung des Zugangs zu Behandlung und Pflege und gleichzeitig beschleunigte Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und Stärkung der Gesundheitssysteme für eine wirksamere und umfassendere Reaktion des Gesundheitssektors auf HIV/Aids.

Indikatoren

- Zahl der Entwicklungs- und Schwellenländer mit umfassenden HIV-Präventions- und Behandlungsprogrammen
- Anteil der HIV-Infizierten im fortgeschrittenen Stadium, die eine antiretrovirale Therapie erhalten
- Zahl der Gesundheitseinrichtungen mit der Kapazität und in der Lage HIV-Tests und –Beratung, HIV/Aids-Pflege und antiretrovirale Therapie durchzuführen

STRATEGISCHES VORGEHEN Fortgesetztes Eintreten für den universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie als ein Menschenrecht; Vermittlung neuer und Unterstützung bestehender Partnerschaften als Teil einer umfassenden Reaktion auf die Epidemie; Kapazitätsausbau zur Stärkung der Gesundheitssysteme bei der Ausweitung der Gegenmaßnahmen gegen HIV/Aids; Formulierung und Aktualisierung hochwertiger Leitlinien, Instrumente und Schulungsmaterialien; kontinuierliche Dokumentation von gezogenen Lehren und beispielhafter Praxis und ihre Verbreitung für die Anwendung.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS LAGE	EINZELZIELE
1. Unterstützung der Länder beim Aufbau nationaler Kapazitäten und Fachkompetenzen zur Verbesserung der im Gesundheitswesen ergriffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids, sexuell übertragenen Infektionen und verwandten Leiden, einschließlich Planung, Ressourcenmobilisierung, Schulung und Erbringung von Dienstleistungen.	• Zahl der Länder, die bei der Kompetenzbildung im Gesundheitssektor in Bezug auf HIV/Aids, sexuell übertragene Infektionen und verwandten Leiden durch die Verwendung normativer Werkzeuge und Ressourcen der WHO unterstützt werden	50	100
2. Erhöhte Beteiligung der betroffenen Gruppen an den Maßnahmen des globalen, nationalen und regionalen Gesundheitssektors gegen die HIV/Aids-Epidemie.	• Zahl der Länder, die betroffene Gruppen bei der Planung, Umsetzung und Erbringung von Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit HIV/Aids beteiligen	50	100
3. Unterstützung der Länder zur Sicherung einer ununterbrochenen Versorgung mit HIV-bezogenen Gütern und Ausrüstung.	• Zahl der Länder, die Aids-Arzneimittel und Diagnosedienste anwenden, um die Versorgung mit und Verteilung von HIV-bezogenen Gütern und Ausrüstung zu unterstützen	50	100
4. Angemessenes, von der WHO entwickeltes und den Ländern zur Verfügung gestelltes, evidenzbasiertes fachliches Instrumentarium zur Verbesserung wesentlicher Maßnahmen und Dienstleistungen des Gesundheitssektors bei der HIV-Behandlung, -Versorgung, -Prävention und -Unterstützung von Menschen mit HIV und verwandten Leiden.	• Zahl der Länder, von denen die WHO-Instrumente und Ressourcen zur Prävention und zum Management von HIV/Aids und damit zusammenhängender Leiden wie Tuberkulose und sexuell übertragene Infektionen eingesetzt oder angepasst werden	50	100
5. Anwendung von Operations-Research und Wissensmanagementprozessen durch Anwender auf lokaler und nationaler Ebene.	• Zahl der Länder mit Operations-Research und Wissensmanagementprogrammen, die von der WHO unterstützt werden	50	100

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				261 013	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **HIV/Aids** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

ÜBERWACHUNG, VERHÜTUNG UND MANAGEMENT VON CHRONISCHEN, NICHTÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die wachsende Last der chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten ist eine Folge globaler Trends, d. h. von Verstädterung, Überalterung der Bevölkerung, Verhaltenswandel und des Versagens der Verhütung, Erkennung und des Managements von Krankheiten. Verbreitete, verhütbare biologische Risikofaktoren (wie Bluthochdruck, hohe Gesamtcholesterinwerte und Übergewicht) und damit zusammenhängende Verhaltensrisiken (ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut und Tabakgebrauch) führen zu vier schwerwiegenden Erkrankungsbildern: Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronischen Lungenverschlusskrankheiten und Diabetes vom Typ II. Von verhütbaren Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens sind schätzungsweise über 180 Millionen bzw. 250 Millionen Menschen betroffen. Die auf chronische, nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführende Sterblichkeit und Morbidität und die durch diese Krankheiten bewirkten Behinderungen verursachten im Jahr 2001 60% aller Sterbefälle – meist (79%) in Entwicklungsländern – und 47% der gesamten Krankheitslast. Ohne Gegenmaßnahmen werden diese Zahlen bis zum Jahr 2020 voraussichtlich auf 73% aller Sterbefälle und 60% der globalen Krankheitslast ansteigen. Wirksame Maßnahmen für die Verhütung und Handhabung chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten stehen zur Verfügung, werden aber nicht überall oder nicht chancengerecht eingesetzt. Ein Großteil der Kosten für Diagnose und Management wird den Entwicklungsländern aufgeladen, von denen viele noch unter der Belastung nicht ausreichend bekämpfter übertragbarer Krankheiten leiden, und die Gesamtkosten für die unter dieser doppelten Krankheitslast leidenden Länder sind voraussichtlich hoch. Insgesamt verschlingen chronische Erkrankungen fast 70% aller für ärztliche Hilfe ausgegebenen Mittel, von denen ein Großteil von den Patienten direkt gezahlt werden müssen, was zur familiären Verarmung beiträgt. Diesen Herausforderungen kann man sich nur mit globalem Engagement und umfassenden, Surveillance, Prävention und Management vereinenden nationalen Gegenmaßnahmen stellen.

Für eine wirksame Überwachung braucht man jedoch wiederum standardisierte, vergleichbare Daten, die regelmäßig erhoben und für die Umsetzung einer bedarfsgerechten Gesundheitspolitik genutzt werden müssen. Der SCHRITTweise Surveillanceansatz der WHO unterstützt Länder mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen beim Aufbau nachhaltiger Surveillance-systeme für chronische, nichtübertragbare Krankheiten und ermutigt die Länder dazu, mit Standardmethoden Angaben zu wichtigen Risikofaktoren zu erheben. Nach diesem Ansatz wird in vier WHO-Regionen vorgegangen. Es muss noch mehr getan werden, um andere Länder einzubeziehen und diese Informationen in den globalen und regionalen Datenbanken zusammenzutragen, damit sie analysiert und verbreitet werden können. Als neue Herausforderung stellt sich die Aufgabe, alle erhobenen Daten in Informationen zu übersetzen, die sinnvolle Veränderungen in der nationalen Gesundheitspolitik bewirken.

Im Rahmen der globalen Strategie für die Verhütung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten werden auch nationale Programme eingerichtet, was von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2000 dringend erbeten wurde.¹ Diese Programme sind durch regionale und globale Netze verknüpft, die es erleichtern, die Initiativen in den einzelnen Ländern umzusetzen und die vorliegenden regionalen Erfahrungen weiterzugeben. Die kürzlich angenommene Globale WHO-Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit² muss jetzt mit Unterstützung bereits bestehender und neuer regionaler Netze auf nationaler, regionaler und globaler Ebene umgesetzt werden. Die erfolgreiche Prävention von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten gründet sich auf einen Ansatz, der die gesamte Lebensdauer berücksichtigt, weshalb sinnvolle Maßnahmen, darunter auch die Gesundheitsförderung, bereits in der Kindheit und in der Jugend einsetzen und das gesamte Leben hindurch weitergeführt werden müssen, was dann auch ein Altern in Gesundheit ermöglicht.

Krankheitsspezifische und generische Interventionen setzen voraus, dass Vorsorge und Früherkennung in die Gesundheitsdienste eingegliedert werden. Die Länder brauchen Konzepte, praktische Werkzeuge und Instrumente, um die Fähigkeit ihres Gesundheitswesens, mit der zunehmenden Last der chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen fertig zu werden, den neuen Gegebenheiten anzupassen oder zu verbessern. Eine Herausforderung besteht darin, einschlägige Partnerschaften in den Ländern zu fördern und damit die Veränderungen in der Erbringung gesundheitlicher Leistung zu erleichtern, die für die Umsetzung wirksamer krankheits-spezifischer Maßnahmen notwendig sind.

ZIEL

Verringerung der aufgrund von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten bewirkten Belastung durch Frühsterblichkeit und Morbidität.

¹ Resolution WHA53.17.

² Resolution WHA57.17.

WHO-VORGABEN Aufbau von Surveillancesystemen, Verringerung der Belastung durch die wichtigsten Risikofaktoren und Hilfe für Gesundheitssysteme, damit diese angemessen auf die wachsende, durch chronische, nichtübertragbare Krankheiten bewirkte Belastung reagieren können.

Indikatoren

- Regionale Last der chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten
- Behinderungsbereinigte Lebensjahre in Relation zu verhütbarer Blindheit und Taubheit

STRATEGISCHES VORGEHEN Umfassende integrierte Ringmaßnahmen vonseiten der Länder und der WHO durch Überwachung, Verhütung und Management der wichtigsten chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und der ihnen gemeinsamen Risikofaktoren; umfassende Länderdaten über chronische, nichtübertragbare Krankheiten und ihre Risikofaktoren durch die WHO-Regionalbüros für alle Mitgliedstaaten verfügbar; Unterstützung aller Mitgliedstaaten für die Eingliederung evidenzbasierter Informationen über die integrierte Verhütung und Bekämpfung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten in die Gesundheitspolitik; in allen WHO-Regionen Netze für die Unterstützung der Umsetzung von Programmen auf der Grundlage integrierter Konzepte für die Prävention und Bekämpfung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten; Förderung der Einbeziehung der Bevölkerung in Prävention und Management dieser Krankheiten.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Wirksame Anleitung und Unterstützung, darunter Standardmethoden und Materialien für die Umsetzung des WHO-Rahmenkonzepts für die Überwachung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und ihren Risikofaktoren in Ländern mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen.	• Zahl der Länder, die Daten zu chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und deren Risikofaktoren erheben und analysieren und den Entscheidungsträgern die Ergebnisse zur Verfügung stellen	35 Länder	80 Länder
	• Anteil der Länder mit niedrigem oder mittlerem Volkseinkommen, die erste Surveillancedaten erhoben haben und jetzt regelmäßig Surveillancedaten für chronische, nichtübertragbare Krankheiten erheben	0%	10% der Länder
2. Internationale Standards für die Erhebung, Analyse und Verbreitung von Daten zu chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und deren wichtigste, modifizierbare Risikofaktoren aufgestellt, um die Qualität, Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit solcher Daten zu verbessern.	• Verfügbarkeit vergleichbarer Daten über die Risikofaktoren chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten in der globalen WHO-Datenbank und im Bericht über die Überwachung von Risikofaktoren	Im <i>Surveillance of Risk Factors Report 1</i> keine vergleichbaren Daten für die Mitgliedstaaten vorhanden	Im <i>Surveillance of Risk Factors Report 2</i> vergleichbare Daten über Risikofaktoren mit Prognosen zur künftigen Prävalenz für alle Mitgliedstaaten
	• Standards für Daten über Risikofaktoren von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten vorhanden	Keine Standarddefinitionen für Risikofaktoren vorhanden	Standardisierte Definitionen für alle modifizierbaren Risikofaktoren von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten
	• Konkrete Angaben zu chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten und deren Risikofaktoren in der globalen Datenbank umfassend verfügbar	Konkrete Angaben zu Schlaganfall und Diabetes in die globale Datenbank aufgenommen	Konkrete Angaben zu Schlaganfall, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Mundgesundheits-, Atemwegserkrankungen, genetischen Krankheiten, Blindheit und Taubheit in die globale Datenbank aufgenommen
	• Zahl der WHO-Regionen, die zugängliche, aktuelle Datenbanken für nichtübertragbare Krankheiten haben	Eine Region mit einer zugänglichen Datenbank	Alle sechs Regionen mit zugänglichen Datenbanken

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
<p>3. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen produziert und die Länder ausreichend dabei unterstützt, diese Informationen für die Gestaltung von nationalen Konzepten und Strategien zur Verhütung und das Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten zu nutzen, was auch die Einbeziehung der Vorsorge und der Früherkennung in das Gesundheitswesen beinhaltet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die evaluierte und überarbeitete WHO-Leitlinien für die Verhütung, das Management und die Bekämpfung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten nutzen Bereitstellung von Informationen über die Lage in Bezug auf chronische, nichtübertragbare Krankheiten, ihre Verhütung, Handhabung und Bekämpfung 	<p>Zahl der Zielländer, die derzeitige WHO-Leitlinien für die Verhütung, das Management und die Bekämpfung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten nutzen</p> <p>Globaler Bericht über chronische, nichtübertragbare Krankheiten</p>	<p>Zahl der Zielländer, die überarbeitete WHO-Leitlinien für die Verhütung, das Management und die Bekämpfung von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten nutzen</p> <p>Anschlussbericht über chronische, nichtübertragbare Krankheiten</p>
<p>4. Multisektorale Strategien, die sich in Aktionspläne für Ernährung und Bewegung umsetzen lassen, validiert und vorrangige Länder angemessen unterstützt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Zielregionen und -länder, die multisektorale Strategien und Pläne zum Thema Ernährung und Bewegung haben 	<p>Anteil der Mitgliedstaaten, die multisektorale Strategien und Pläne zum Thema Ernährung und Bewegung haben</p>	<p>Anteil der Mitgliedstaaten, die multisektorale Strategien und Pläne zum Thema Ernährung und Bewegung haben</p>
<p>5. Verbesserte Fähigkeit der Zielländer, Fortschritte in Richtung auf eine Eliminierung des gesundheitlichen Problems der verhütbaren Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens zu erzielen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die nationale Pläne für die Eliminierung des gesundheitlichen Problems der verhütbaren Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens aufstellen 	<p>Sachstandsbericht über verhütbare Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens</p>	<p>120 Länder stellen nationale Pläne für die Eliminierung verhütbarer Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens auf</p>

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				56 300	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die meisten Länder durchlaufen eine noch nie da gewesene, durch Bevölkerungszuwachs, Verstädterung, Umweltveränderungen und andere Veränderungen bewirkte gesellschaftliche Verwandlung. Dieser Prozess wird durch die Globalisierung von Handel und Kommunikation und komplexe Notsituationen häufig noch beschleunigt. Angesichts dieser Veränderungen bedarf es neuer Konzepte für die Auseinandersetzung mit den breiteren Determinanten von Gesundheit.

Im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung lassen sich ohne Gesundheitsförderung die Verhütung und Bekämpfung von chronischen wie von übertragbaren Krankheiten im Ergebnis nicht verbessern und auch für die Erfüllung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen, vor allem unter armen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen, ist die Gesundheitsförderung unabdingbar. Die WHO arbeitet deshalb auf dem Gebiet der Gesundheit und in anderen sozialen Systemzusammenhängen mit dem Konzept der Gesundheitsförderung, das auch in der Bekämpfung zahlreicher Risikofaktoren und Krankheiten und in der Auseinandersetzung mit anderen gesundheitlichen Problemen, darunter auf dem Gebiet der Mundgesundheit, Anwendung findet. Mit Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen, dort, wo sie leben, arbeiten, lernen und spielen, lassen sich Gesundheit und Lebensqualität kreativ und effektiv verbessern. Die Gesundheitsförderung ist unabdingbar für die Propagierung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds, für die Stärkung positiver sozialer Bedingungen und persönlicher Lebenskompetenzen und die Förderung gesunder Lebensweisen.

In den meisten Regionen müssen Kapazität und Infrastruktur für die Planung und Umsetzung multisektoraler Konzepte und Programme der Gesundheitsförderung gestärkt werden. Die meisten Länder führen weder die Politik noch haben sie die personellen oder finanziellen Ressourcen für eine nachhaltige, wirksame Gesundheitsförderung, die den Risiken und den ihnen zugrunde liegenden Determinanten entgegenwirken kann. Deshalb müssen die Gesundheitssysteme dringend stärker auf Gesundheitsförderung ausgerichtet werden und selbst besser imstande sein, Gesundheit zu fördern (z. B. durch neue und innovative Wege zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung, durch die Erstellung genauer und aktualisierter Gesundheitsförderungsprofile, die Stärkung von Aus- und Fortbildung und den Ausbau der Evidenzgrundlage der Gesundheitsförderung).

Entscheidend wichtig sind zudem Überzeugungsarbeit und das Engagement der Bevölkerung für die politische Unterstützung der Gesundheitsförderung. Eine wirksame Politik muss multisektoral sein und braucht für ihre Entwicklung und Umsetzung eine ganze Bandbreite von Partnern, zu denen auch die Bevölkerung insgesamt zählt. Die Regierungen müssen bei der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik eine stärkere Rolle übernehmen und die Gesundheitsministerien müssen als führende Fürsprecher für die Weiterentwicklung und Annahme einer solchen Politik auftreten.

Gemäß Resolution WHA51.12, in der die WHO dazu aufgefordert wurde, der Gesundheitsförderung höchste Priorität einzuräumen, und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Weltkonferenzen von Ottawa, Kanada (1986), Adelaide, Australien (1988), Sundsvall, Schweden (1991), Djakarta (1997) und Mexiko City (2000) muss die Gesundheitsförderung in allen Arbeitsbereichen gestärkt werden, um die Mitgliedstaaten wirksamer zu unterstützen.

ZIEL

Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, Verringerung gesundheitlicher Risiken, Förderung gesunder Lebensweisen und Settings und Auseinandersetzung mit den Grunddeterminanten von Gesundheit.

WHO- VORGABEN

Eine multisektorale, gesundheitsorientierte Gesamtpolitik sowie integrierte geschlechts- und altersspezifische Vorgehensweisen zu entwickeln und umzusetzen, die es erleichtern, die Bevölkerung zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen und in Zusammenarbeit mit den einschlägigen nationalen und internationalen Partnern aktiv für eine den gesamten Lebenszyklus des Menschen umfassende Gesundheitsförderung, für gesundheitliche Eigenverantwortung und Gesundheitsschutz einzutreten.

Indikatoren

- Umfang der Eingliederung der Gesundheitsförderung in nationale Gesundheitsstrategien und -dienste und in geeignete Settings
- Nachhaltigkeit der Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Ländern

STRATEGISCHES VORGEHEN

Eintreten für politische Unterstützung und für Investition in die Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen und -diensten, die Gesundheitsförderung und Risikoprävention unterstützen; Förderung gesundheitsförderlicher Lebensumfelder und integrierter Konzepte für öffentliche Gesundheitsdienste; Ausbau der für die Gesundheitsförderung erforderlichen nachhaltigen Finanzierungs- und Evidenzgrundlage; Verbesserung der Wissensgrundlage für die Auseinandersetzung mit den Determinanten von Gesundheit im weiteren Sinne.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Verbesserte Orientierungshilfe für eine Eingliederung der Gesundheitsförderung in das Gesundheitssystem, was auch die Thematik Altern und Mundgesundheit umfasst.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die in ihre nationalen Gesundheitspläne auf den gesamten Lebenszyklus ausgerichtete Gesundheitsförderungsstrategien eingegliedert haben 	19	25
2. Die Fähigkeit zur guten Regierungsführung, zur Umsetzung des „Stewardship“-Konzepts, zu Planung und Umsetzung von multisektoralen Konzepten und Programmen für die Gesundheitsförderung auf Länderebene und regional verbessert, gestützt auf geschlechtsspezifische Ansätze für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden während des gesamten Lebenszyklus.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die genaue und aktualisierte Länderprofile für Gesundheitsförderung und Risikofaktoren haben 	48	54
	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der verbesserten gesundheitswissenschaftlichen, auch die Gesundheitsförderung einschließenden Studiengänge auf nationaler oder nachgeordneter Ebene in Ländern mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen 	40	44
3. Gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsstrategien und -maßnahmen bei der Bekämpfung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten validiert und verbreitet.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, in denen es eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für neue Politikbereiche gibt 	15	25
	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der in Fachzeitschriften veröffentlichten Interventionsstudien, die die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen belegen 	5	10
4. Neue und innovative Ansätze für eine nachhaltige Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und für die Verbesserung der einschlägigen Fachkompetenz auf nationaler, örtlicher und Bevölkerungsebene angewendet.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der in den Ländern etablierten Stiftungen für Gesundheitsförderung oder anderer Mechanismen zur Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung 	6	9
5. Verbesserte Fähigkeit der Ministerien für Gesundheit und Bildung, schulische Gesundheitsprogramme zu planen, umzusetzen und auszuwerten, die die mit den führenden Ursachen von Tod, Krankheit und Behinderung assoziierten Risiken abbauen.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die den Global School-based Student Health Survey oder die Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC) durchgeführt haben 	46	64
6. Verbesserte Orientierungshilfe für die Einschränkung einer Sozial- und Wirtschaftspolitik und der damit verbundenen Praktiken, die die Wirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen untergraben, Risikoverhalten glorifizieren und vor allem Jugendliche ermutigen, Risiken einzugehen.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von WHO-Leitlinien für die Förderung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und Einschränkung von Politik und Praktiken, die die Gesundheit von Jugendlichen untergraben 	0	10

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				48 400 ^b	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

^b Einschließlich 12 000 US-\$ für das Kobe-Zentrum.

Der Arbeitsbereich **Gesundheitsförderung** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND SUBSTANZENMISSBRAUCH

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Der auf psychische und neurologische Störungen und Substanzgebrauch zurückzuführende Teil der globalen Krankheitslast wird von den 12,3% des Jahres 2000 bis zum Jahr 2020 voraussichtlich auf 16,4% ansteigen. Allein der Alkoholkonsum ist für 4% der weltweiten Krankheitslast verantwortlich. Zu jedem Zeitpunkt leiden über 150 Millionen Menschen an einer Depression, jährlich begeht fast eine Million Menschen Selbstmord. Weltweit gibt es über zehn Millionen Menschen, die intravenös Drogen spritzen und 4–12% aller HIV-Fälle haben ihre Ursache in diesem Drogengebrauch. Die Auswirkungen psychischer und neurologischer Störungen und des Substanzgebrauchs zeigen sich besonders stark in Entwicklungsländern, in erster Linie aufgrund des prognostizierten Anstiegs in der Anzahl der Menschen, die in das für das Einsetzen dieser Störungen gefährliche Alter kommen. Diese Probleme belasten schwache Bevölkerungsgruppen am stärksten, beispielsweise Menschen, die in absoluter oder relativer Armut leben, Menschen, die ein Leben mit chronischen Krankheiten zu bewältigen haben, und Menschen, die Notsituationen ausgesetzt sind.</p> <p>Durch die Resolutionen, die für die Stärkung der psychischen Gesundheit verabschiedet wurden,¹ sind sich die Regierungen jetzt stärker der negativen Auswirkungen bewusst, die psychische, neurologische und durch Substanzgebrauch bewirkte Störungen nicht nur auf den einzelnen Menschen, sondern auch auf Familien und Gemeinschaften haben. Trotzdem müssen die Regierungen der psychischen Gesundheit höhere Priorität einräumen. Weltweit gesehen klafft immer noch eine Riesenlücke zwischen dem Bedarf und der Durchführung kostenwirksamer Behandlungen, die für die meisten dieser Störungen zur Verfügung stehen. Die Schließung dieser Lücke und die Verbesserung der Behandlungsraten werden nicht allein die durch Krankheit und Behinderung entstehende Belastung und die Kosten der Gesundheitsversorgung verringern, sondern auch die wirtschaftliche und soziale Produktivität steigern. Beispielsweise ließen sich bei bedarfsgerechter Betreuung die Fälle von Depression halbieren und ein Viertel aller Selbstmorde könnte so verhindert werden. Zur Überbrückung dieser Kluft müssen unbedingt innovative Konzepte für die Verbesserung der psychischen Gesundheit erarbeitet und einschlägige Gesetze geschaffen werden, die in das Gesundheitssystem eingebaut werden müssen. Förderung der psychischen Gesundheit, Verhütung von psychischen Störungen, Einbeziehen kostenwirksamer Maßnahmen in die primäre Gesundheitsversorgung und Einbindung der einzelnen Bevölkerungsgruppen vor Ort sind die Schlüsselemente dieser Politik.</p>
ZIEL	Verringerung der mit psychischen und neurologischen Störungen und dem Substanzgebrauch verbundenen Störungen und weltweite Förderung der psychischen Gesundheit.
WHO- VORGABEN	<p>Sicherzustellen, dass die psychische Gesundheit und die Folgen des Substanzmissbrauchs bei allen Gesundheit und Entwicklung betreffenden Überlegungen voll berücksichtigt werden, kostenwirksame Maßnahmen für die Bewältigung der durch psychische und neurologische Störungen und Substanzgebrauch bewirkten Belastung aufzustellen und durchzuführen und die psychische Gesundheit zu fördern.</p> <p>Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Länder, die ihre Politik und ihre Dienste zur Verringerung der durch psychische und neurologische Störungen und Substanzgebrauch bewirkten Belastung und zur Förderung der psychischen Gesundheit gestärkt haben • Anteil der Länder, die konkrete Maßnahmen zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen und neurologischen und durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen ergriffen haben • Anteil der Länder, die evidenzbasierte kostenwirksame Interventionsstrategien für die Förderung der psychischen Gesundheit und für die Verhütung und Handhabung von psychischen, neurologischen und durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen umgesetzt haben
STRATEGISCHES VORGEHEN	Verbreitung von Informationen über das Ausmaß von psychischen, neurologischen und durch Substanzgebrauch hervorgerufenen Störungen, die dadurch bewirkte Belastung, die Determinanten dieser Störungen und kostenwirksame Dienste für ihre Verhütung und Behandlung; Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung kohärenter und umfassender gesundheitspolitischer Konzepte und Gesetze und von Diensten für die Verhütung und Behandlung von psychischen, neurologischen und durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen, für den Kampf gegen Diskriminierung und Missbrauch der Rechte von Menschen mit solchen Störungen und für die Entwicklung von Humanressourcen für den Bereich psychische Gesundheit, wozu auch die Verbesserung der Forschungskompetenz gehört, mit Schwerpunkt auf Entwicklungsländern.

¹ Resolutionen EB109.R8 und WHA55.10.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Vorrangige Länder und Länder in komplexen Notsituationen beim Ausbau ihrer institutionellen Kapazität für die Erarbeitung und Umsetzung von Konzepten und Plänen im Bereich psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die WHO-Unterstützung erhalten und Konzepte und Pläne zur Förderung der psychischen Gesundheit mit erreichbaren Zielen (u. a. für die Bewältigung des Missbrauchs von Alkohol und illegalen Drogen) aufgestellt haben • Zahl der Zielländer, die zur Bewältigung der Folgen von Notfallsituationen für die psychische Gesundheit die Unterstützung der WHO erhalten haben 		
2. Befähigung der Länder zur Erarbeitung von Gesetzen zum Schutz der psychischen Gesundheit und der Rechte von Menschen mit psychischen, neurologischen und durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen und für den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die WHO-Unterstützung erhalten und ihre die psychische Gesundheit betreffenden Gesetze wirksam überprüft oder aktualisiert und bzw. oder Projekte zur laufenden Überwachung der Einhaltung der Menschenrechte eingeleitet haben 		
3. Dienste, Forschungskompetenz und Informationssysteme im Bereich psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch in den Mitgliedstaaten gestärkt und unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, in denen anhand des WHO-Bezugsrahmens die Leistung des Systems und der Dienste zum Schutz der psychischen Gesundheit laufend verfolgt wird • Zahl der globalen Datenbanken, die auf der Grundlage von Angaben der Länder, die über nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten verfügen, überarbeitet und aktualisiert wurden 		
4. Die Verbesserung der Fähigkeit der Länder zur Erarbeitung von evidenzbasierten Strategien, Programmen und Maßnahmen für die Verhütung und Handhabung psychischer und neurologischer Störungen, u. a. suizidaler Verhaltensweisen, unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Prozentsatz der nicht behandelten Menschen mit Epilepsie in ausgewählten Ländern • Zahl der Länder, die WHO-Unterstützung erhalten und wirksame geschlechtsspezifische Maßnahmen für die Verhütung von suizidalen Verhaltensweisen und bzw. die Handhabung psychischer und neurologischer Störungen aufgestellt haben 		
5. Orientierungshilfe und Unterstützung für die Länder zur Erarbeitung von evidenzbasierten Strategien, Programmen und Maßnahmen für die Verhütung und Handhabung der durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen und die Verringerung der negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Alkoholkonsums und des Gebrauchs anderer psychotroper Substanzen geleistet.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die WHO-Unterstützung erhalten und Fachkräfte geschult sowie geeignete Programme zur Verhütung und Handhabung der durch Substanzgebrauch bewirkten Störungen aufgestellt und in die primäre Gesundheitsversorgung eingegliedert haben • Zahl der Länder, die WHO-Unterstützung erhalten und den Erfassungsgrad sowie die Qualität von Programmen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, die auf die Verhütung von HIV/Aids und die Betreuung von intravenös spritzenden Drogenkonsumenten abzielen, verbessert haben 		

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				29 855	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

TABAK

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Gegenwärtig sind 1,3 Milliarden Menschen Tabakkonsumenten und diese Zahl wird voraussichtlich steigen. Der Tabak ist weltweit weiterhin die zweitwichtigste Todesursache. Die Hälfte der heutigen Tabakkonsumenten wird letztlich dem Tabak zum Opfer fallen, die meisten davon in Entwicklungsländern. Der Tabak trägt auch dazu bei, dass Haushalte und Länder mit niedrigem Einkommen arm bleiben, weil sie ihr Geld statt für Lebensmittel, Ausbildung und Gesundheitsversorgung für Tabak ausgeben.

Im Zuge der Globalisierung hat die Tabakindustrie ihre Suche nach neuen Märkten in Entwicklungsländern noch weiter ausgedehnt. Als Reaktion auf den sich dadurch ausbreitenden Tabakgebrauch verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2003¹ einstimmig den ersten weltweiten WHO-Vertrag, das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen der WHO, das nach seiner Ratifizierung durch vierzig Mitgliedstaaten in Kraft tritt. Als Übergangsekretariat für das Übereinkommen stellt die WHO die fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten und wird nach Inkrafttreten des Übereinkommens die erste Tagung der Konferenz der Parteien des Übereinkommens abhalten.

Der Aufbau der personellen und institutionellen Kompetenz für die Durchführung von Anti-Tabak-Maßnahmen bleibt weltweit eine wichtige Aufgabe. Nur wenige Länder verfügen bisher über die Infrastruktur, die es ihnen ermöglicht, die umfassenden Maßnahmen durchzuführen, die für eine wesentliche Verringerung des Tabakgebrauchs erforderlich sind. Viele Länder zeigen sich noch vorsichtig wegen der Auswirkung, die Anti-Tabak-Maßnahmen auf ihre Volkswirtschaft haben könnten. Es gibt jedoch viele durchführbare und kostenwirksame Maßnahmen, die sich nachweislich drastisch auf die Tabakkonsumraten auswirken, ohne der Volkswirtschaft zu schaden. Die wichtigste Aufgabe der WHO wird im Zeitraum 2006–2007 darin bestehen, Grundsatzkonzepte zu empfehlen, Maßnahmen zu fördern und verschiedene Ansätze für die Kompetenzbildung in den Ländern zu entwickeln, die Parteien des Rahmenübereinkommens sind, die das Übereinkommen unterzeichnet, doch noch nicht ratifiziert haben, und die es noch nicht unterzeichnet haben.

Die WHO wird auch den Aktivitäten der Tabakindustrie entgegenarbeiten, die ihren erheblichen Einfluss weiterhin dazu benutzt, die Anti-Tabak-Politik und -Programme in vielen Ländern zu untergraben. Die für Tabakerzeugnisse geltenden gesetzlichen Regelungen müssen ebenfalls aufgegriffen werden, da Tabakerzeugnisse bisher in unerhörtem Umfang von den Vorschriften verschont waren, die für andere Verbraucherprodukte gelten.

Koordination ist erforderlich, um sicherzustellen, dass die Anti-Tabak-Maßnahmen in andere einschlägige Arbeitsbereiche eingegliedert werden, wie z. B. Tuberkulose, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Gesundheitsförderung und Management von nichtübertragbaren Krankheiten. Außerdem wird die WHO durch die Arbeit mit örtlichen, nationalen und internationalen nichtstaatlichen Organisationen und Verbänden der Gesundheitsberufe sowie durch Sponsortätigkeit für Kampagnen zur Bewusstseinsbildung und im Rahmen des Weltnichtrauchertags dafür sorgen, dass das Thema Tabak nicht aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit gerät. Auch die Arbeit der Anti-Tabak-Sonderarbeitsgruppe der Vereinten Nationen wird für die Auseinandersetzung mit den multisektoralen Aspekten von Anti-Tabak-Maßnahmen weiterhin wichtig sein.

ZIEL

Schutz der heutigen und künftiger Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, sozialen, umweltbezogenen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und der Belastung durch Tabakrauch.

WHO- VORGABEN

Den Tabakgebrauch und die Belastung durch Tabakrauch kontinuierlich und wesentlich zu senken durch wirksame Anti-Tabak-Maßnahmen und die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei deren Bemühungen um die Umsetzung des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens der WHO.

Indikatoren

- Zahl der Länder, die Partei des Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens sind
- Zahl der Länder, die Pläne für wirksame Anti-Tabak-Maßnahmen haben und eine Politik verfolgen, die die Bestimmungen des Übereinkommens berücksichtigt.

¹ Resolution WHA56.1.

STRATEGISCHES VORGEHEN Möglichst viele Länder sollen Parteien des Übereinkommens werden und das Übereinkommen umsetzen; Sekretariatsunterstützung für das Übereinkommen; in den Ländern Erhaltung des Bewusstseins für die nationalen und internationalen Aktivitäten der Tabakindustrie; Verdeutlichung der Zusammenhänge zwischen Tabakgebrauch und Armut; Unterstützung von Forschungsvorhaben zu wirtschaftlichen Maßnahmen und Förderung einschlägiger Verhaltensänderungen zur Steuerung des Tabakkonsums; Zusammenarbeit mit Verbänden der Gesundheitsberufe; Verbesserung der Fähigkeit der Länder, starke, geschlechtsspezifische Anti-Tabak-Maßnahmen durchzuführen durch die nationale Kompetenzverbesserung in den Bereichen Surveillance, Forschung, Gesetzgebung, Wirtschaft, Gesundheitserziehung, Raucherentwöhnung, Überzeugungsarbeit, Regulierung von Tabakerzeugnissen sowie Monitoring- und Bewertungssysteme, wobei die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen und Angehörigen einheimischer Bevölkerungsgruppen anzuerkennen sind.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Zahl der Mitgliedstaaten, die eine Anti-Tabak-Politik verfolgen und über Aktionspläne verfügen, in denen sich die Bestimmungen des Rahmenübereinkommens niederschlagen, erhöht; als flankierende Maßnahme vorbildliche Anti-Tabak-Maßnahmen zusammengestellt und verbreitet.	• Zahl der Länder, die für die folgenden Rahmenbedingungen und Artikel Gesetze oder vergleichbare Vorschriften erlassen haben: Gesundheits- und Bildungseinrichtungen (Rauchverbot), nationale Medien (Verbot der Direktwerbung für Tabakerzeugnisse), Tabakerzeugnisse, die den im Rahmenübereinkommen festgelegten Kriterien entsprechen (gesundheitliche Warnhinweise)	40	80
	• Zahl der von der WHO veröffentlichten und verbreiteten Erfolgsgeschichten und mit Anti-Tabak-Maßnahmen gemachten Erfahrungen	35	50
2. Multisektorale Zusammenarbeit bei Anti-Tabak-Maßnahmen verstärkt.	• Zahl der unter dem Dach der von den Vereinten Nationen eingesetzten Organisationsübergreifenden Sonderarbeitsgruppe für Anti-Tabak-Maßnahmen angeregten neuen Projekte	9	12
	• Zahl der weltweiten Globalink-Mitglieder	4 500	5 500
3. Die Fähigkeit für Surveillance und Forschung in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft, Gesetzgebung, Umwelt und Verhaltensweisen zur Unterstützung von Anti-Tabak-Maßnahmen verbessert.	• Zahl der Länder, die die Globale Erhebung zum Tabakgebrauch von Jugendlichen mindestens zweimal durchgeführt haben	40	80
	• Zahl der Länder, die einem Globalen Informationssystem für Anti-Tabak-Maßnahmen angeschlossen sind	80	192
	• Zahl der von der WHO unterstützten wirtschaftlichen und maßnahmenbasierten Forschungsstudien	12	20
4. Durch umfassende Medienberichterstattung und Website in der Öffentlichkeit ein verschärftes Bewusstsein für die Gefahren des Tabaks geweckt.	• Zahl der Länder, die den Welt Nichtrauchertag begehen	60	80
	• Durchschnittliche monatliche Besucherzahl auf der Website	40 000	45 000
5. Regulierung der Aktivitäten der Tabakindustrie und das Bewusstsein der Öffentlichkeit für diese Aktivitäten verstärkt.	• Zahl der veröffentlichten Ergebnisse aus länderspezifischen Forschungsarbeiten über die Aktivitäten der Tabakindustrie	20	25
6. Das Wissen über Testmethoden für die wirksame Regulierung von Tabakerzeugnissen verbessert.	• Zahl der von der WHO-Studiengruppe für die Regulierung von Tabakerzeugnissen veröffentlichten Empfehlungen	8	10
7. Zahl der Mitgliedstaaten, die das Rahmenübereinkommen ratifizieren, akzeptieren, annehmen, offiziell bestätigen oder ihm beitreten, erhöht.	• Zahl der Länder, die Partei des Rahmenübereinkommens sind	40	70

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				29 282	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Tabak** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

ERNÄHRUNG

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Hunger und Fehlernährung sind untrennbar mit Krankheit, Armut und Unterentwicklung verbunden. Die ungesicherte Lebensmittelversorgung gefährdet 800 Millionen Menschen. Das Freisein von Hunger und Fehlernährung ist ein grundlegendes Menschenrecht und die Minderung dieses Problems ist zugleich eine Grundvoraussetzung für die menschliche und nationale Entwicklung.</p> <p>Im letzten Jahrzehnt wurden bei der Verringerung der weltweiten durch Fehlernährung bedingten gesundheitlichen Belastung einige messbare Erfolge erzielt. Ernährungsmängel sind jedoch weltweit weiterhin für die massive Sterblichkeit und Morbidität vor allem von Schwangeren und Kleinkindern verantwortlich. Über 21 Millionen Babys kommen jährlich untergewichtig zur Welt. Ganze 60% der 10,9 Millionen Kinder unter fünf Jahren, die jedes Jahr in Entwicklungsländern sterben, sind aufgrund von Fehlernährung untergewichtig, und 161 Millionen Kinder im Vorschulalter leiden unter chronischer Fehlernährung. Ein Drittel der Weltbevölkerung ist von Vitamin- und Mineralstoffmängeln betroffen, erleidet deshalb Infektionen und Geburtsanomalien und ist in seiner körperlichen und geistig-psychischen Entwicklung behindert. In Ländern, die mit Notsituationen konfrontiert sind, fallen fast 40 Millionen Menschen der Fehlernährung zum Opfer, die zu den wichtigsten Ursachen von Sterblichkeit und Behinderungen zählt. Die 40 Millionen Menschen, die mit HIV/Aids leben, sind dem erhöhten Risiko der Versorgungsunsicherheit und Fehlernährung ausgesetzt, vor allem Menschen in armen Lebensumständen, was ihren Zustand noch zusätzlich verschlimmern kann.</p> <p>Zugleich breiten sich in Industrie- und Schwellenländern im großen Stil Übergewicht und Fettleibigkeit aus, eine Folge ungesunder Ernährung und der sitzenden Lebensweise. Schätzungsweise eine Milliarde Erwachsene und 20 Millionen Kinder sind übergewichtig. Über die Hälfte der Weltbevölkerung ist in irgendeiner Form von ernährungs- und nahrungsbedingten chronischen Krankheiten betroffen, die die Sterblichkeitsrate erhöhen und dazu führen, dass aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes vom Typ II und einigen Krebsformen gesunde Lebensjahre verloren gehen.</p> <p>Viele Länder sehen sich dieser durch Über- und Unterernährung hervorgerufenen Doppelbelastung ihrer Bevölkerung gegenüber, die das Gesundheitswesen zusätzlich belastet, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einschränkt und sich auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung auswirkt.</p> <p>Die grundlegende Aufgabe der WHO besteht darin, bei der Bewältigung dieser Herausforderungen und damit bei der Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele die Mitgliedstaaten besser zu befähigen, alle Formen von Fehlernährung zu ermitteln und zu reduzieren und eine gesunde Ernährung zu fördern. Die WHO besitzt in dieser Hinsicht eine einzigartige Stärke, nämlich durch ihre Arbeit bei der Festlegung von weltweit gültigen Normen und Standards und der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung von Fehlernährung sowie durch ihre über die Regional- und Länderbüros geknüpften engen Beziehungen zu nationalen Gesundheitsbehörden.</p>
ZIEL	Beseitigung der Fehlernährung in allen ihren Formen.
WHO- VORGABEN	<p>Verringerung der Fehlernährung durch die Förderung einer gesunden Ernährung und Stärkung einer einzelstaatlichen Ernährungspolitik und einschlägiger Programme.</p> <p><i>Indikatoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder mit einer wirksamen Politik und effektiven Programmen für die Bekämpfung der Fehlernährung • Zahl der Länder, die hinsichtlich der ernährungsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele Fortschritte gemacht haben
STRATEGISCHES VORGEHEN	Evidenzbasierte Maßnahmen für die Bekämpfung aller Formen der Fehlernährung in allen Lebensphasen und Förderung einer einzelstaatlichen Ernährungspolitik und einschlägiger Programme durch die Festsetzung von Normen und Standards; fachliche Unterstützung und Anleitung der Länder; Ausbau der einzelstaatlichen Systeme für die Ernährungssurveillance; Förderung von Propagierungskampagnen und Mobilisierung der Gesundheitsbehörden sowie Zusammenarbeit mit dem System der Vereinten Nationen, mit Organen des öffentlichen und privaten Sektors und Vertretern der Zivilgesellschaft.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Verbesserte Fähigkeit der Länder zur Entwicklung und Umsetzung einer nationalen Ernährungspolitik, darunter auch für die Durchführung einer Ernährungsumstellung, die Bewältigung von Notsituationen und die Berücksichtigung von Bevölkerungsgruppen mit HIV/Aids.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine wirksame landesweite Ernährungspolitik haben 	146 Länder	15 weitere Länder
2. Angemessene Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung der globalen WHO-Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern geleistet.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine wirksame Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern verfolgen Zahl der WHO-Regionen mit an die örtlichen Verhältnisse angepassten Leitlinien für die Umsetzung der globalen WHO-Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern 	Keine Daten verfügbar	50 Länder
3. Globale, regionale und nationale Ernährungsüberwachungssysteme durch die Pflege und Aktualisierung von WHO-Ernährungsdatenbanken gestärkt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der in den WHO-Datenbanken mit landesweit repräsentativen Daten zu den wichtigsten Formen der Fehlernährung vertretenen Länder 	Keine Daten verfügbar	Alle sechs WHO-Regionen
4. Angemessene Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung der neuen, für die kindliche Ernährung und Entwicklung und das Wachstum von Kindern relevanten WHO-Standards.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die bei der Umsetzung der neuen WHO-Wachstumsstandards die fachliche Unterstützung der WHO erhalten 	92 bis -187 Länder (je nach Datenbank)	120 bis -190 Länder (je nach Datenbank)
5. Unterstützung der Länder bei der wirksamen Umsetzung der WHO-Leitlinien für die Handhabung schwerer kindlicher Fehlernährung und die Evaluierung ihrer Auswirkungen auf die Sterblichkeit von Kindern.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die bei der Umsetzung und Evaluierung der WHO-Leitlinien für die Handhabung von schwerer kindlicher Fehlernährung die fachliche Unterstützung der WHO erhalten 	Keine Daten verfügbar	50 Länder
6. Unterstützung der Länder bei der wirksamen Umsetzung einer Strategie zur Förderung der fetalen Entwicklung und zur Bekämpfung der Fehlernährung von Mutter und Fetus, einschl. des zu niedrigen Geburtsgewichts.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine wirksame Strategie für die Verhütung und Bekämpfung der Fehlernährung von Mutter und Fetus umgesetzt haben 	30 Länder	50 Länder
7. Unterstützung der Länder bei der wirksamen Umsetzung der Politik zur Bekämpfung von Mikronährstoffmängeln der anfälligsten Bevölkerungsgruppen mit dem Schwerpunkt auf Jod-, Vitamin A-, Eisen-, Zink- und Folsäuremängeln.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder mit nationalen Programmen für die Bekämpfung von Mikronährstoffmängeln, die beurteilt werden 	Keine Daten verfügbar	40 Länder
		4 Länder	10 Länder

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

INDIKATOREN

AUSGANGS-LAGE

EINZELZIELE

8. Unterstützung der Länder bei der wirksamen Umsetzung der WHO-Leitlinien für die Bekämpfung von Fettsucht und die Förderung einer gesunden Ernährung und gesunder Lebensweisen.

- Verfügbarkeit von WHO-Leitlinien für die Bekämpfung von Fettsucht und die Förderung einer gesunden Ernährung und gesunder Lebensweisen

In zwei Regionen Leitlinien erstellt

In vier Regionen Leitlinien erstellt

9. Fähigkeit zur Handhabung von Ernährungsstörungen unter Bevölkerungsgruppen in Notsituationen und bei Bevölkerungsgruppen mit HIV/Aids.

- Zahl der WHO-Regionen mit an örtliche Gegebenheiten angepassten WHO-Leitlinien für die Handhabung von Ernährungsstörungen in Notsituationen und bei Bevölkerungsgruppen mit HIV/Aids

1 Strategiepapier und 8 Leitlinien

Leitlinien an die jeweiligen Gegebenheiten der sechs Regionen angepasst

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				24 183	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Ernährung** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEIT UND UMWELT

PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN Umweltbedingungen, gleichgültig, ob sie durch globale Veränderungen oder Gegebenheiten vor Ort beeinflusst werden, sind ein wichtiger direkter und indirekter Bestimmungsfaktor der menschlichen Gesundheit. In Entwicklungsländern tragen moderne Formen der städtischen, industriellen und agrochemischen Verschmutzung dazu bei, die durch herkömmliche gesundheitliche Risiken im Haushalt und in der Gemeinschaft bedingte Belastung noch zu verstärken. Eine große Herausforderung besteht weiterhin darin, den Teufelskreis aus Armut, Umweltverschlechterung und Krankheit zu durchbrechen und die fortgesetzten geschlechtsspezifischen und durch fehlende wirtschaftliche Entwicklung bedingten Chancengerechtigkeiten zu beseitigen.

Die Nutzung von Biomasse und Kohle zum Kochen und Heizen kostet jährlich schätzungsweise über 1,6 Millionen Menschenleben, wobei 60% dieser Sterbefälle Kinder unter fünf Jahre sind. Immer noch haben 1,1 Milliarden Menschen keinen Zugang zu gesundheitlich unbedenklichem und ausreichendem Trinkwasser und für 2,4 Milliarden gibt es keine angemessene Abwasserbeseitigung. Durch Bevölkerungswachstum und die Ausbeutung natürlicher Ressourcen verschlechtern sich Verfügbarkeit und Qualität des Wassers, was jedes Jahr zu 3,4 Millionen Sterbefällen führt, meist unter den Armen und bei Kindern. Das unkontrollierte Wachstum der Städte hat seinen Preis für Gesundheit und Umwelt: Der Mangel an sauberen Energieformen und an gesundheitlich unbedenklichem Wasser, die fehlende Abwasserentsorgung und Beseitigung von kommunalen Abfällen und Sondermüll bleiben in vielen Regionen weiterhin ein Problem.

Arbeitsbedingte Krankheiten und Verletzungen, bei denen erhebliche Meldelücken bestehen, sind jährlich für über eine Million Sterbefälle verantwortlich. Der verstärkte Einsatz von Chemikalien, deren falsche Handhabung und ungeeignete Entsorgungsverfahren, vor allem bedingt durch Pestizide in Entwicklungsländern, führen zur erheblichen Belastung durch Verletzungen, Krankheit und Sterblichkeit.

Klimaveränderungen und verstärkte ultraviolette Strahlung tragen ebenfalls dazu bei, die Krankheitslast noch schwerer zu machen. Einige Auswirkungen sind die Zunahme der Gesundheitsgefahren, die von häufigeren und stärkeren extremen Witterungsereignissen wie Hitzewellen, Überschwemmungen und Dürren bis zu den sich verändernden Mustern der von Vektoren übertragenen Krankheiten reichen. Die nicht vorsätzliche Freisetzung oder der absichtliche Einsatz von gesundheitsschädlichen biologischen und chemischen Wirkstoffen oder radioaktivem Material setzt wirksame Präventions-, Surveillance- und Reaktionssysteme voraus, um gesundheitsschädliche Konsequenzen einzudämmen oder zu lindern. Die gesundheitliche Grundversorgung und die Grundeinrichtungen der Hygiene werden durch Konflikte oder Umweltkatastrophen häufig zeitweilig funktionsunfähig oder vollständig zunichte gemacht.

Für eine Verbesserung der Umweltbedingungen sind zahlreiche politische, rechtliche und institutionelle Barrieren zu überwinden. Die Gesundheitsverträglichkeit verschiedener Grundsatzoptionen muss gründlich geprüft werden, und außerdem sind die Kosten, die dem Gesundheitssystem durch auf Umweltbelastungen zurückzuführende Krankheiten entstehen, einzuschätzen. In vielen Ländern fehlt es oft noch an ausreichend qualifizierten Fachkräften für die Risikobewertung und das Risikomanagement, und die Öffentlichkeit wird in die Prozesse noch nicht einbezogen. So sind nationale und kommunale Gesundheitsbehörden häufig außerstande, mit anderen sozioökonomischen Sektoren zusammenzuarbeiten, in denen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung ergriffen werden müssen.

Die auf der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung (Rio de Janeiro, 1992) verabschiedete Agenda 21 und der Umsetzungsplan des Weltgipfels für Nachhaltige Entwicklung (Johannesburg, 2002) bieten zusammen mit den Entwicklungszielen der Millenniums-Erklärung sowie mit regionalen Initiativen wie dem ministeriellen Prozess „Umwelt und Gesundheit“ das notwendige Rahmenkonzept für internationale Maßnahmen.

ZIEL Schaffung einer sicheren, nachhaltigen und gesundheitsförderlichen Umwelt für die Menschen, die vor biologischen, chemischen und natürlichen Gefahren geschützt und vor den Auswirkungen globaler und örtlicher Umweltgefährdungen sicher ist.

WHO-VORGABEN Wirksame Sicherung der Eingliederung gesundheitsrelevanter Aspekte in die nationale Gesundheits- und Umweltpolitik und in einschlägige Maßnahmen, u. a. in rechtliche und ordnungspolitische Rahmenvorschriften für den Umgang mit der Umwelt des Menschen, sowie in regionale und globale Konzepte, die sich auf Gesundheit und Umwelt auswirken.

Indikator

- Grad des verpflichtenden Engagements für den Schutz von Umwelt und Gesundheit, das sich in Grundsatzserklärungen und Entwicklungsprogrammen auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene niederschlägt

STRATEGISCHES VORGEHEN Beitrag zur Reduzierung der durch eine überhöhte Sterblichkeits- und Behinderungsziffer bewirkten Belastung durch die Beseitigung von Risikofaktoren für die menschliche Gesundheit, die ihre Ursache in Umweltgegebenheiten haben; durch das Gesundheitswesen Förderung von Gesundheitsschutzmaßnahmen im Umweltbereich und in anderen sozioökonomischen Sektoren; Koordinierung und Festlegung von programmübergreifenden Maßnahmen innerhalb der WHO, die erprobten Strategien wie dem Ansatz der gesundheitsförderlichen Settings folgen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Evidenzbasierte normative und vorbildliche Leitlinien entwickelt oder aktualisiert und gefördert, die die Länder in wichtigen Bereichen von Umwelt und Gesundheit, u. a. Wasser, Abwasser und Hygiene, Luftgüte, Gefahren am Arbeitsplatz, Chemikaliensicherheit, Strahlenschutz und Umweltveränderungen, bei der Abschätzung gesundheitlicher Auswirkungen und der sektorübergreifenden Entscheidungsfindung wirksam unterstützen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die bei der Risikobewertung und im Risikomanagement mit WHO-Leitlinien arbeiten 	18	35
2. Länder bei der Kompetenzbildung für die Handhabung von Umwelt- und Gesundheitsinformationen und für die Umsetzung sektorübergreifender Konzepte und Maßnahmen zum Schutz vor unmittelbaren und längerfristigen Umweltgefährdungen angemessen unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die mit Hilfe der WHO Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit umsetzen 	40	51
3. Umwelt- und Gesundheitsanliegen anfälliger und stark gefährdeter Bevölkerungsgruppen (insbesondere von Kindern, Arbeitern und Armen in Städten) in globalen, regionalen und Länderinitiativen aufgegriffen, die durch effektive Partnerschaften, Bündnisse und Netze von auf ihrem Gebiet führenden Zentren umgesetzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der im Rahmen von Partnerschaften auf nationaler, regionaler und globaler Ebene durchgeführten Projekte 	24	27

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				90 800	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gesundheit und Umwelt** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

LEBENSMITTELSICHERHEIT

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Durch gesundheitlich bedenkliche Lebensmittel erkrankt global gesehen jährlich mindestens jeder Dritte, wobei die Probleme in einigen Regionen noch erheblich schwerwiegender sind. In vielen Fällen führen sie zu Langzeitkomplikationen oder zum Tod; gesundheitsgefährdende Lebensmittel sind neben gesundheitlich bedenklichem Trinkwasser aber auch die Ursache von Durchfallerkrankungen, denen jährlich schätzungsweise 1,8 Millionen Menschen zum Opfer fallen. Diese Erkrankungen bilden zudem einen tödlichen Teufelskreis mit der Fehlernährung, was die indirekte Krankheitslast noch größer macht. Hinzu kommt, dass die in Lebensmitteln verborgenen chemischen Gesundheitsgefahren ebenfalls noch erhebliche gesundheitliche Probleme verursachen, wobei sich ihr Ausmaß allerdings nur schwer einschätzen lässt. Deutliche Anzeichen sprechen für eine Zunahme der Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen. Außerdem scheint sowohl die Zahl wie die internationale Reichweite schwerer Episoden von Lebensmittelkontamination zuzunehmen. Diese Trends haben erhebliche politische Konsequenzen; mittlerweile erwägt man auf der ganzen Welt durchgreifende Veränderungen der alten Systeme zur Wahrung der Lebensmittelsicherheit. In vielen Gesundheitssystemen rangierten Probleme der Lebensmittelsicherheit bislang ziemlich weit unten, inzwischen hat man jedoch erkannt, dass sich das Gesundheitswesen wirklich um die Lebensmittelsicherheit kümmern und Maßnahmen anweisen muss, um die Krankheitsinzidenz zu senken. Künftig müssen Systeme und Maßnahmen zur Wahrung der Lebensmittelsicherheit risikobasiert sein, d. h. dass gesundheitliche Interessen immer das A und O sein müssen.

Da die Lebensmittelsicherheit für die Gesundheit der Menschen wichtig ist, beeinflussen einschlägige Probleme auch das Wachstum des internationalen Lebensmittelhandels. Mit dem Lebensmittelhandel wird auch die Ausbreitung der von Lebensmitteln ausgehenden Gefährdungen wahrscheinlicher. Somit leuchtet ein, dass im internationalen Handel nach dem Vorsorgeprinzip verfahren werden muss. Eine solche Vorsorge setzt allerdings ein nach objektiven und transparenten Kriterien aufgebautes Regulierungssystem voraus. In den letzten Jahren haben mehrere Entwicklungsländer aufgrund von Handelsbeschränkungen im Lebensmittelbereich schwerwiegende Exporteinbußen hinnehmen müssen, während wir immer noch kein internationales System für die Bewältigung solcher Herausforderungen oder auch nur für den Austausch von Informationen über lebensmittelbedingte Notfallsituationen haben. Auch die mit neuen Techniken wie z. B. der Biotechnologie verbundenen Probleme müssen erkannt und auf internationaler Ebene gelöst werden.

In vielen Ländern hat man entweder überhaupt keine gesetzlichen Vorschriften oder Konzepte für die Lebensmittelsicherheit oder sie sind veraltet. Die Zuständigkeiten verteilen sich möglicherweise auf mehrere Ministerien, die ihre Tätigkeit nur schlecht koordinieren, die Aktivitäten sind vielleicht weder von Risikobewertungen abhängig noch stützen sie sich auf WHO/FAO-Leitlinien; Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen werden u. U. nicht überwacht und die Aus- und Fortbildung von Lebensmittelhändlern im Bereich der Lebensmittelsicherheit ist äußerst lückenhaft, so wie auch die Verbraucher nur wenig darüber wissen.

ZIEL

Verringerung der gesundheitlichen Auswirkungen der Lebensmittelkontamination sowie Reform und Ausbau bestehender Systeme zur Wahrung der Lebensmittelsicherheit, um die durch Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen bewirkte Krankheitslast zu reduzieren.

WHO- VORGABEN

Befähigung des Gesundheitssektors, in Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Partnern die von Lebensmitteln ausgehenden Risiken effektiv und zügig abzuschätzen, Informationen weiterzuleiten und die Risiken zu handhaben.

Indikator

- Der Anstieg in der Zahl der Länder, die Daten über Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen und Lebensmittelgefahren vorlegen, die beweisen, dass sie daran arbeiten, der Abschätzung und Handhabung der Lebensmittelsicherheit und der Weitergabe von Informationen ein Risikokzept zugrunde zu legen

STRATEGISCHES VORGEHEN

In den Mitgliedstaaten und auf internationaler Ebene die Fähigkeit schaffen, verlässliche Daten über Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen und Lebensmittelkontaminationen zu erheben, zu nutzen und weiterzugeben; Risikoabschätzungen und auf Risikokzepten gründende Entscheidungen fördern; internationale Standards und Leitlinien für die Lebensmittelsicherheit erarbeiten; die wirksame partnerschaftliche Einbindung von mehr Ländern in die Arbeit der Kodex-Alimentarius-Kommission fördern; die Auffassung von der Lebensmittelsicherheit als einer sektorübergreifenden Verantwortung auf Fach- und Grundsatzebene unterstützen; in den Mitgliedstaaten die Fähigkeit zur Risikokommunikation schulen; im Hinblick auf eine wirksamere Wahrnehmung der gemeinsamen Verantwortung für die Lebensmittelsicherheit vom Hersteller bis zum Verbraucher auf internationaler und regionaler Ebene und in den Ländern für ein koordiniertes Vorgehen eintreten.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Programme für die Überwachung von Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen sowie für die Begleitüberwachung von Lebensmittelgefahren und für Gegenmaßnahmen gestärkt und internationale Netze etabliert.	<ul style="list-style-type: none"> • Prozentualer Anteil der WHO-Mitgliedstaaten, die sich an der vernetzten Zusammenarbeit beteiligen • Prozentualer Anteil der Länder, die der WHO Überwachungsdaten zu einer oder mehreren Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen übermitteln oder Daten aus der Begleitüberwachung mikrobiologischer oder chemischer Gefahren melden 	60% Prozentsatz der Länder, die Ende 2005 Daten melden	100% In jeder Region mindestens 50%
2. Rechtzeitige wissenschaftliche Beratung und Anleitung für Entwicklungsländer, um ihre Fähigkeit zur Risikobewertung zu verbessern und es ihnen zu ermöglichen, sich aktiv an der internationalen Risikobewertung zu beteiligen.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der von WHO und FAO fertig gestellten internationalen (mikrobiologischen und chemischen) Risikobewertungen • Zahl der aus Entwicklungsländern kommenden Teilnehmer in beratenden Expertengremien von WHO/FAO 	Im Zeitraum 2004–2005 schätzungsweise 69 internationale Risikobewertungen durchgeführt Im Zeitraum 2004–2005 festgehaltene Zahl	Verdoppelung der Zahl der Risikobewertungen 25%-ige Zunahme
3. In den Ländern bedarfsgerechte fachliche Anleitung für die Bewertung und Handhabung der Risiken und Vorteile von mit neuen Lebensmitteltechniken erzeugten Produkten gegeben.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der validierten und von der WHO verbreiteten Risikobewertungen oder Instrumente für die Risikobewertung oder das Risikomanagement 	Vier Risikobewertungen zu genmodifizierten Lebensmitteln in Entwicklungsländern	Zwei Konsultationstagen zur Risikobewertung abgehalten, ein Satz Leitlinien herausgegeben
4. Die Länder wirksam bei der Organisation und Umsetzung von multisektoralen Systemen zur Wahrung der Lebensmittelsicherheit unterstützt, mit Schwerpunkt Gesundheit und Beteiligung an der internationalen Standardisierungsarbeit.	<ul style="list-style-type: none"> • Prozentualer Anteil der Länder in jeder Region, die sich aktiv an der internationalen Standardisierungsarbeit (in der Kodex-Alimentarius-Kommission) beteiligen • Zahl der Länder, die mit Unterstützung der WHO Konzepte, Aktionspläne, Gesetze oder Durchsetzungsstrategien für die Wahrung der Lebensmittelsicherheit aufgestellt oder ergänzt haben 	Prozentualer Anteil der Länder in jeder Region, die sich 2004–2005 an Standardisierungstagen beteiligen 3 Länder pro Region im Zeitraum 2004–2005	In allen Regionen nehmen mindestens 60% der Länder an Standardisierungstagen teil Weitere 5 Länder pro Region
5. Vorrangige Länder wirksam unterstützt, sodass sie ihre Ausbildung im Bereich Lebensmittelsicherheit verbessern sowie eine effektive Risikokommunikation und Partnerschaften zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor handhaben können.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die Materialien zur Lebensmittelsicherheit benutzt und evaluiert haben, die auf den von der WHO aufgestellten fünf Punkten für gesundheitlich unbedenklichere Lebensmittel aufbauen 	Zwei Länder pro Region im Zeitraum 2004–2005	Weitere 5 Länder pro Region

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				23 800	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Lebensmittelsicherheit** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GEWALT, VERLETZUNGEN UND BEHINDERUNGEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Gewalt und Verletzungen sind für 9% der globalen Sterblichkeit verantwortlich. Sieben der 15 führenden Todesursachen in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen sind verletzungsbedingt. Kinder und Jugendliche sind ebenfalls besonders ausgesetzt. Die Verletzungsziffer für die beiden Geschlechter ist dabei ganz unterschiedlich: Bei den meisten Verletzungsformen ist die Sterblichkeitsrate bei Männern höher, während Frauen stärker durch Verbrennungen und durch nicht tödliche sexuelle Gewalt oder Verletzungen gefährdet sind, die von einem Intimpartner ausgehen. Einkommensschwache Familien haben besonders schwer an der Last der Gewalteinwirkungen und Verletzungen zu tragen. Die herkömmliche Auffassung von Verletzungen als „Unfällen“, d. h. nicht vermeidbaren, unglücklichen Zufällen, hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass sie vernachlässigt wurden. Forschungsergebnisse machen deutlich, dass sich Verletzungen verhüten lassen; am Arbeitsplatz, zu Hause oder auf der Straße werden inzwischen innovative, kostenwirksame Maßnahmen eingeführt.

Etwa 600 Millionen Menschen sind weltweit behindert, die meisten von ihnen leben in Armut. Die Zahl der Behinderten, die ihre Verletzungen durch Verkehrsunfälle, Landminen oder andere äußere Ursachen erlitten haben oder deren Behinderung ihre Ursachen in HIV/AIDS, Fehlernährung, chronischen Leiden und Substanzgebrauch hat, steigt, so wie auch das Bevölkerungswachstum und die medizinischen Fortschritte, die es ermöglichen, Leben zu erhalten und zu verlängern, dazu beitragen, dass diese Gruppe wächst. Unter 10% derjenigen, die Rehabilitationsleistungen brauchen, haben Zugang zu bedarfsgerechten Diensten.

Die Weltgesundheitsversammlung erkannte, dass die WHO Unterstützung leisten muss in Bereichen wie Verhütung von Straßenverkehrsunfällen, Behinderungen und Rehabilitation, Verhütung von Gewalt und Einsatz von Landminen¹. Ähnliche Vorsätze kommen in internationalen Instrumenten wie der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen, dem Aktionsprogramm der Konferenz der Vereinten Nationen über den Illegalen Handel mit Handfeuerwaffen und leichten Waffen in allen seinen Aspekten (2001) und in den Standardregeln der Vereinten Nationen für die Herstellung der Chancengleichheit für Personen mit Behinderungen zum Ausdruck.

Die Grundlage der WHO-Tätigkeit bildet der *Weltbericht über Gewalt und Gesundheit*.² Der dem Thema Straßenverkehrssicherheit gewidmete Weltgesundheitstag 2004 und der Weltbericht über die Verhütung von Straßenverkehrsunfällen³ dienten als Plattform für den verstärkten Einsatz der WHO zugunsten einer verbesserten Sicherheit auf den Straßen. Beide Berichte bilden einen Ausgangspunkt für die Bewältigung einiger der damit verbundenen Herausforderungen, wobei jedoch oft unklar ist, wer für die Probleme und für die Anweisung und Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten verantwortlich ist. Hinzu kommt, dass möglicherweise die politische Handlungsbereitschaft fehlt, weil man sich des Ausmaßes des Problems oder der Verhütungsmöglichkeiten nicht bewusst ist. In einigen Ländern gibt es keine Ansprechpartner für die Verhütung von Unfällen, keine einschlägigen Public-Health-Konzepte oder sachgerechte Schulungsprogramme, weshalb man für die Suche nach Lösungen nicht genügend Ressourcen bereitstellt.

Gebraucht werden Informationssysteme und Forschungsergebnisse, damit man das Ausmaß von Gewalt, Verletzungen und Behinderungen und deren Ursachen besser begreifen lernt; außerdem benötigt man Konzepte und Programme für nationale Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsfachkräfte müssen entsprechend geschult und es müssen Netze für die Überzeugungsarbeit und den Informationsaustausch geschaffen werden, und außerdem braucht man bessere Dienste für die Opfer.

ZIEL

Verhütung von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen, Förderung der Sicherheit und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen.

WHO- VORGABEN

Aufstellung und Umsetzung von kostenwirksamen, alters- und geschlechtsspezifischen Strategien für die Verhütung von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen und Behinderungen und zur Linderung ihrer Konsequenzen sowie Förderung und Ausbau von Rehabilitationsdiensten.

Indikatoren

- Zahl der Länder, die eine Politik und Programme zur Verhütung von Gewalt und Verletzungen aufgestellt haben
- Zahl der Länder, die eine Behindertenpolitik aufgestellt und Pläne für den Ausbau von Rehabilitationsdiensten umgesetzt haben

¹ Resolutionen WHA27.29, WHA45.10, WHA49.25, WHA56.24 und WHA51.8.

² *Weltbericht über Gewalt und Gesundheit*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2002.

³ *World report on traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004.

STRATEGISCHES VORGEHEN Zusammenstellung und Analyse von Informationen über das Ausmaß und die Determinanten von Verletzungen, Gewalt und Behinderungen; Unterstützung von Forschungsvorhaben und Sammlung von Faktenmaterial über wirksame Präventionsstrategien in Entwicklungsländern, Unterstützung bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Konzepten und Stärkung von Diensten für die Opfer; Überzeugungsarbeit zur Schärfung der Aufmerksamkeit und verstärkte Ausrichtung auf die Primärprävention; Unterstützung für die Entwicklung einer vernetzten Zusammenarbeit und für die Kompetenzbildung.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Vorrangige Länder im Hinblick auf die Umsetzung und Evaluation von Informationssystemen für die wichtigsten Determinanten, Ursachen und Konsequenzen von Gewalteinwirkungen, nicht vorsätzlichen Verletzungen und Behinderungen angemessen unterstützt.	• Zahl der Zielländer, die funktionierende Informationssysteme für die Determinanten, Ursachen und Folgen von Gewalt, nicht vorsätzlichen Verletzungen oder Behinderungen haben	20 Länder	44 Länder
2. Multisektorale Maßnahmen zur Verhütung von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen validiert und in den Ländern wirksam gefördert.	• Zahl der Zielländer, die multisektorale Maßnahmen zur Verhütung von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen durchführen	19 Länder	32 Länder
3. Leitlinien und wirksame Unterstützung für die Stärkung der vorstationären und stationären Versorgung von Verletzten und Gewaltopfern gestellt.	• Zahl der Zielländer, die im Rahmen ihres Gesundheitssystems stärker gegen Gewalt und nicht vorsätzliche Verletzungen angehen	14 Länder	26 Länder
4. Wirksame Unterstützung geleistet, um die Fähigkeit der Länder zu stärken, die Rehabilitationsdienste in die primäre Gesundheitsversorgung einzugliedern und Behinderungen frühzeitig zu erkennen und zu handhaben.	• Zahl der Zielländer, die Strategien zur Eingliederung der Rehabilitationsdienste in die primäre Gesundheitsversorgung umsetzen	4 Länder	8 Länder
5. Verbesserte Fähigkeit ausgewählter Länder, eine Politik für die Verhütung von Gewalt und Verletzungen oder für die Handhabung von Behinderungen zu gestalten.	• Zahl der Zielländer, die nationale Pläne und Umsetzungsmechanismen für die Prävention von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen haben • Zahl der Zielländer, die eine Politik für die Handhabung von Behinderungen haben	16 Länder	37 Länder
6. Fortbildungskapazitäten für die Verhütung von Gewalt und Verletzungen und für den Ausbau von Rehabilitationsdiensten in vorrangigen Ländern gestärkt.	• Zahl der Zielländer, in denen Hochschulen für Public Health bestehen, die Ausbildungsgänge für die Verhütung und Handhabung von Gewalt und nicht vorsätzlichen Verletzungen und für die Rehabilitation anbieten	13 Länder	34 Länder
7. Funktionierende globale, regionale und nationale Netze, die die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Politikbereichen wirksam stärken und das System der Vereinten Nationen, die Mitgliedsstaaten sowie nichtstaatliche Organisationen, darunter auch Behindertenorganisationen, in die Arbeit einbeziehen.	• Zahl der mit Unterstützung der WHO zustande gekommenen globalen, regionalen und nationalen multisektoralen Netze für die Verhütung von Gewalt, Verletzungen und Behinderungen	8 Netze	11 Netze

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				17 582	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gewalt, Verletzungen und Behinderungen** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die reproduktive und sexuelle Gesundheit ist eine Grundbedingung für das Gedeihen des einzelnen Menschen, von Paaren und Familien und für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung von Gemeinschaften und Nationen. Millionen von Frauen und Männern in allen Teilen der Welt ist eine gute reproduktive und sexuelle Gesundheit jedoch weiterhin verwehrt. Schwangerschaftskomplikationen fordern weiterhin jedes Jahr das Leben von mehr als einer halben Million Frauen. Die Neugeborenenmortalität (die Sterblichkeit von Babys während der ersten Lebenswoche), die eng mit der Gesundheit der Frauen und der ihnen gebotenen Schwangerschaftsfürsorge zusammenhängt, ist in den letzten beiden Jahrzehnten trotz der im Hinblick auf die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit erzielten Fortschritte nicht zurückgegangen. Der Zugang zu und der Gebrauch von Verhütungsmitteln werden oft als beispielhafte Erfolge der letzten Jahrzehnte angeführt, doch in Entwicklungs- und Schwellenländern gibt es immer noch über 120 Millionen Paare, die eine sichere und wirksame Empfängnisverhütung brauchen. Dieser ungedeckte Bedarf führt jedes Jahr zu 80 Millionen unerwünschten Schwangerschaften, von denen über 45 Millionen abgebrochen werden, 19 Millionen davon unter gesundheitlich bedenklichen Umständen. Vierzig Prozent dieser gesundheitlich bedenklichen Schwangerschaftsabbrüche werden von jungen Frauen der Altersgruppe 15–24 Jahre vorgenommen. Die durch gesundheitlich bedenkliche Schwangerschaftsabbrüche bewirkten Komplikationen sind weltweit gesehen Schuld an 13% aller Müttersterbefälle.

Die Mütter- und Perinatalsterblichkeit und die entsprechende Morbidität, Krebs, sexuell übertragene Infektionen und HIV/Aids machen unter den Frauen fast 20% der globalen Krankheitslast aus, bei den Männern sind es 14%. Zu den fünf Millionen neuer HIV-Infektionen und den zahllosen Fällen anderer nicht heilbarer sexuell übertragener Viruserkrankungen gesellen sich jährlich schätzungsweise 340 Millionen neue Fälle von heilbaren, nicht als Viruserkrankungen einzustufenden sexuell übertragenen Krankheiten. Über eine Million Frauen und Männer stirbt an Krebs der Fortpflanzungsorgane, darunter 240 000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, die große Mehrheit von ihnen in Entwicklungsländern. Hinzu kommen etwa 2,7 Millionen Totgeburten pro Jahr sowie die erheblichen, aber unterschätzten Folgen der reproduktiven und sexuellen Gesundheitsdefizite, die auf sexuelle Gewalt, auf gesundheitsschädliche Praktiken wie die Verstümmelung der weiblichen Genitalien, auf Menstruationsanomalien, Unfruchtbarkeit und andere gynäkologische Krankheitsbilder zurückzuführen sind.

Die von der WHO zu dieser Problematik geleistete Arbeit gründet sich auf die Vereinbarungen, die auf der Internationalen Bevölkerungs- und Entwicklungskonferenz (Kairo, 1994) und auf der Vierten Weltfrauenkonferenz (Peking, 1995) angenommen wurden, sowie auf die im Jahr 2000 in der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen verankerten und von der Weltgesundheitsversammlung¹ bestätigten Verpflichtungen. Untermauert wird sie zudem durch international vereinbarte Instrumente zum Schutz der Menschenrechte und durch andere globale Konsenserklärungen, u. a. zum Grundrecht aller Paare und Einzelpersonen, frei und verantwortungsbewusst darüber entscheiden zu können, wie viele Kinder sie wann und in welchen Abständen haben möchten, und die dafür erforderlichen Informationen und Möglichkeiten zu erhalten, zum Recht der Frauen, über ihre Sexualität bestimmen und in diesen Dingen freie und verantwortungsbewusste Entscheidungen treffen zu können, was auch eine von Zwang, Diskriminierung und Gewalt freie reproduktive und sexuelle Gesundheit beinhaltet, zum Recht auf den Zugang zu einschlägigen Gesundheitsinformationen und zum Recht eines jeden Menschen, in den Genuss neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und ihrer praktischen Anwendungsmöglichkeiten zu kommen.

Das von UND/UNFPA/WHO und Weltbank unterhaltene Sonderprogramm für Forschung, Entwicklung und Forscherausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion ist im System der Vereinten Nationen die Anlaufstelle für Fragen der Forschung im Bereich reproduktive und sexuelle Gesundheit.

ZIEL

Für alle Menschen das Erreichen der bestmöglichen reproduktiven und sexuellen Gesundheit.

WHO- VORGABEN

Sicherzustellen, dass bis 2015 im gesamten Gesundheitssystem das bestmögliche und umfassendste Angebot an sicheren und wirksamen Diensten für die reproduktive und sexuelle Gesundheit zur Verfügung steht und diese Dienste in die primäre Gesundheitsversorgung eingegliedert werden.

Indikatoren

- Zahl der Länder, in denen die reproduktive und sexuelle Gesundheit zum Bestandteil der nationalen Planung und Budgetierung gemacht wird
- Zahl der Länder, die zumindest zu einem der Ersatzindikatoren für die Nutzung von reproduktiven und sexuellen Gesundheitsdiensten berichten

¹ Resolutionen WHA48.10, WHA55.19 und WHA57.12.

STRATEGISCHES VORGEHEN Stärkung der Versorgungsqualität, indem sichergestellt wird, dass im gesamten Gesundheitssystem moderne Verfahren eingesetzt werden; Bereitstellung von wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen über die Ursachen, die Determinanten, die Prävention und Handhabung der mit der reproduktiven und sexuellen Gesundheit im Zusammenhang stehenden Morbidität und Mortalität; Ermittlung und Überwindung der Barrieren für den ungehinderten Zugang zu und die Inanspruchnahme von Diensten für die reproduktive und sexuelle Gesundheit; Beitrag zur Befähigung des Einzelnen, von Familien und Gemeinschaften, selbstbestimmter für ihre reproduktive und sexuelle Gesundheit sorgen zu können; Schaffung stützender gesetzlicher Rahmenbedingungen auf nationaler und örtlicher Ebene; Schaffung eines dynamischen Umfelds aus starker internationaler, nationaler und örtlicher Unterstützung für die in Rechten verankerten Initiativen zur Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit, um Systemträgheit zu überwinden, Ressourcen zu beschaffen und hohe Standards sowie Mechanismen für die verantwortliche Leistungserbringung festzulegen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
1. Angemessene Anleitung und Unterstützung zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung in den Ländern durch die Verbreitung von evidenzbasierten Standards und damit zusammenhängenden Grundsatz-, Fach- und Managementleitlinien bereitgestellt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neuen oder aktualisierten Leitlinienpapiere zur Unterstützung nationaler Bemühungen um die Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit in den Ländern validiert und verbreitet 	Keine	8
2. Neue wissenschaftlich erhärtete Fakten, neue Produkte und Techniken mit weltweiter und bzw. oder nationaler Relevanz für die Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit verfügbar und die erforderliche Forschungskompetenz gestärkt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der abgeschlossenen Untersuchungen zu vorrangigen Themen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit Zahl der neuen oder aktualisierten systematischen Berichte über beste Verfahren, Konzepte und Standards der Versorgung Zahl der mit Hilfe von Forschungsstipendien ausgebauten neuen Forschungszentren 	Keine Keine Keine	40 15 6
3. Wirksam geleistete Grundsatz- und Fachunterstützung für die Länder bei der Planung und Umsetzung umfassender Pläne zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit einer hochkarätigen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung, Stärkung der Humanressourcen und Kompetenzbildung für die Begleitüberwachung und Evaluierung.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die neue oder aktualisierte Strategien und Pläne für die Verbesserung der Zugänglichkeit und bzw. oder der Verfügbarkeit einer hochkarätigen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung haben Zahl der Länder, die Operations Research-Studien für die Evaluierung von Ansätzen zur Bereitstellung einer hochkarätigen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung abschließen 	20 Keine	40 15
4. Den Ländern angemessene Fachunterstützung für eine bessere reproduktive und sexuelle Gesundheit geleistet, durch Maßnahmen, die sich an den Einzelnen, die Familie und die Gemeinschaft richten und diese einbeziehen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die neue oder verbesserte Möglichkeiten zur Förderung der aktiven Einbeziehung des einzelnen Menschen, der Familie und Gemeinschaft in Maßnahmen zur Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit entwickeln 	Keine	5
5. Fähigkeit der Länder zur Ermittlung gesetzlicher Hindernisse für die Bereitstellung einer hochkarätigen sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die ihre bestehenden nationalen Gesetze und Bestimmungen und ihre Politik im Hinblick auf Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und der damit verbundenen Rechte kritisch untersucht haben 	Keine	3
6. Internationale Anstrengungen für die Verwirklichung internationaler Entwicklungsziele auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit mobilisiert und koordiniert, u. a. für die globale Begleitüberwachung.	<ul style="list-style-type: none"> Der Weltgesundheitsversammlung einen Weltbericht über die Fortschritte bei der Verwirklichung internationaler Entwicklungsziele auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit vorgelegt 	1	2

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				66 435	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Reproduktive Gesundheit** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

DIE SCHWANGERSCHAFT RISIKOÄRMER MACHEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die Zahl der Frauen, die während der Schwangerschaft und während oder direkt nach der Geburt des Kindes sterben, zwischen 1990 und 2015 um drei Viertel zu reduzieren, das ist eine Vorgabe der Millenniums-Entwicklungsziele. Die diesem Ziel dienenden Maßnahmen werden auch wesentlich dazu beitragen, die Neugeborenensterblichkeit zu senken, was wiederum sehr wichtig ist für die Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels zur Verringerung der kindlichen Sterbefälle. Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt sind jährlich für den Tod von 529 000 Frauen verantwortlich und stellen somit nach HIV/Aids die zweithäufigste Sterblichkeitsursache bei Frauen im gebärfähigen Alter dar. Diese Last verteilt sich allerdings nicht gleichmäßig. Die höchste Zahl der Müttersterbefälle findet man in großen Ländern mit sehr hoher Fertilitätsrate, am höchsten ist die Müttersterblichkeit jedoch vor allem in Afrika. In diesen Gebieten mit hoher Müttersterblichkeit ist das durch Schwangerschaft bedingte Sterblichkeitsrisiko von Frauen über 140 Mal höher als bei europäischen Schwangeren.

Seit dem Start der Initiative „Die Schwangerschaft risikoärmer machen“ im Jahr 1987 bemüht sich die internationale Gemeinschaft, dieses Problem zu lösen. Einigen Ländern ist es denn auch gelungen, die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit zu senken, in den am härtesten betroffenen Ländern ist die Sterblichkeitsziffer jedoch praktisch unverändert geblieben. Allerdings hat man aber auch wichtige Lehren gezogen: Beispielsweise hat sich gezeigt, dass eine verbesserte Notversorgung für Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen zwar wichtig ist, dass dies aber nicht ausreicht, und dass die Schulung von traditionellen, d. h. nicht schulmedizinisch ausgebildeten Entbindungshelferinnen nicht die gewünschten Ergebnisse gezeitigt hat. Im Rahmen der WHO-Initiative „Die Schwangerschaft risikoärmer machen“ wurden strategische Ausrichtungen aufgelistet, die auf diesen Lehren aufbauen. Sie gründen sich auf die Schaffung einer effektiven und fortlaufenden Versorgung aller Schwangeren und ihrer Babys. Diese fortlaufende Versorgung erstreckt sich von der Betreuung durch Frauen, Familien und Gemeinden über die auf allen Ebenen des Gesundheitswesens geleistete Versorgung. Eine entscheidende Voraussetzung dafür ist ein funktionierendes Überweisungssystem mit den erforderlichen Querverbindungen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen um sicherzustellen, dass Komplikationen und hier insbesondere lebensbedrohliche Notfälle schnell und effizient gehandhabt werden. Die WHO will im Rahmen der Initiative in 72 als vorrangig betrachteten Ländern dafür arbeiten, dass diese selbst besser imstande sind, dieses Versorgungskontinuum zu schaffen.

Aus Studien über die Verringerung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, darunter auch Fallstudien in Malaysia und Sri Lanka, weiß man, dass Armut zwar eine wichtige Determinante der Gesundheit von Mutter und Neugeborenem darstellt, dass sich dieses Problem jedoch durch die verbesserte Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung überwinden lässt. Dies setzt jedoch wiederum voraus, dass Gesellschaft und Politik entschlossen sind, die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen zu verbessern. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen in zwei Bereichen, nämlich solche, die sicherstellen, dass während der gesamten Schwangerschaft, bei der Entbindung und in der Zeit danach geschulte Betreuerinnen zur Verfügung stehen und auch in Anspruch genommen werden, und solche, die sichern, dass die für die Handhabung von Geburtskomplikationen und neonatalen Komplikationen zuständigen Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. Inzwischen weiß man, welche Maßnahmen und Strategien man in der Arbeit mit Frauen, deren Partnern, anderen Familienmitgliedern und mit der Gemeinschaft einsetzen muss, um die Zugänglichkeit und die Nutzung einer professionellen Versorgung zu verbessern und dazu beizutragen, dass die Frauen und die Gemeinschaft selbstbestimmter handeln können. Außerdem bietet die Stärkung des Gesundheitswesens die grundlegende Möglichkeit, Querverbindungen zwischen den Gesundheitsdiensten für Mütter und Neugeborene und anderen Programmen der primären Gesundheitsversorgung zu schaffen, z. B. zu den Bereichen HIV/Aids, sexuell übertragene Krankheiten, Malaria bekämpfung, Familienplanung und Gesundheitsschutz für Kinder. Der Arbeitsbereich befasst sich in erster Linie mit einer verstärkten Unterstützung der Länder, die einschlägige Forschung und normative Arbeit fällt dagegen unter den Arbeitsbereich Reproduktive Gesundheit.

ZIEL

Erreichung des Millenniums-Entwicklungsziels für Müttergesundheit durch die Verringerung der Müttersterblichkeit bis 2015 um 75% gegenüber der Ausgangslage im Jahr 1990 und Beitrag zur Senkung der Säuglingssterblichkeit bis zum Jahr 2015 auf unter 35 pro 100.000 Lebendgeburten in allen Ländern durch Verringerung der Perinatalsterblichkeit.

WHO- VORGABEN

Stärkung der nationalen Bemühungen um die Umsetzung kostenwirksamer Maßnahmen, die sicherstellen, dass das Gesundheitswesen während der gesamten Schwangerschaft, bei der Entbindung und in der Zeit danach allen Frauen und Neugeborenen eine fortlaufende gesundheitliche Versorgung bietet.

Indikatoren

- Anteil der Frauen, die vor der Entbindung wenigstens ein Mal von einer geschulten Entbindungshelferin untersucht werden
- Anteil der Frauen, denen bei der Entbindung eine geschulte Helferin zur Seite steht

STRATEGISCHES VORGEHEN Förderung des politischen und gesellschaftlichen Engagements und wirksamer Partnerschaften; Entwicklung und Anpassung evidenzbasierter Standards und Leitlinien für eine effektive Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen und Unterstützung der Länder bei deren Verbreitung und Umsetzung; Verfolgung und Auswertung der im Hinblick auf strategische Ziele und eine verbesserte Gesundheit von Müttern und Neugeborenen erzielten Fortschritte; Beibringung von wissenschaftlich abgesicherten Fakten für die Planung von Gesundheitsprogrammen für Mütter und Neugeborene; fachliche Unterstützung zur Erfassung der wichtigsten, für eine fortlaufende Versorgung erforderlichen und miteinander verzahnten Elemente, nämlich Entwicklung von Humanressourcen in der Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen, Bereitstellung von zugänglichen, guten Gesundheitsdiensten für Mütter und Neugeborene, Befähigung des Einzelnen, der Familien und der Gemeinschaft, selbstbestimmter für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen zu sorgen, und Integration anderer Programme der primären Gesundheitsversorgung in die Gesundheitsdienste für Mütter und Neugeborene.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Politisch und finanziell verpflichtendes Engagement verstärkt durch Überzeugungsarbeit und wirksame Partnerschaften, die zur Unterstützung der Länder beim Ausbau ihrer Gesundheitsversorgung für Mütter und Neugeborene gefördert werden.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der neueren gemeinsamen Aktionspläne, die zwischen der WHO und anderen interessierten Akteuren in den Ländern sowie auf regionaler oder globaler Ebene aufgestellt wurden 	Keine	20
2. Vorrangigen Ländern Fachunterstützung geleistet für den wirksameren Ausbau des Versorgungskontinuum, u. a. durch: Weiterentwicklung eines Potenzials von geschulten Arbeitskräften für die Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen; Verbesserung der Qualität und des Erfassungsgrads der Gesundheitsdienste für Mütter und Neugeborene, von Familienplanung und anderen einschlägigen Diensten; partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Einzelnen, Familien und Gemeinden, damit sich diese eigenständiger um die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen kümmern können; Integration der Erbringung gesundheitlicher Leistungen für Mütter und Neugeborene in Programme zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria, sexuelle übertragene Infektionen und zur Familienplanung.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der vorrangigen Länder, die innerhalb des Haushaltszeitraums Pläne für die Erhöhung des Anteils der fachkundig begleiteten Geburten aufstellen Zahl der vorrangigen Länder, die neue Mechanismen für die Einbeziehung von Einzelnen und Gemeinden in die Planung von Gesundheitsprogrammen für Mütter und Neugeborene geschaffen haben Zahl der vorrangigen Länder, in denen die Gesundheitsdienste für Mütter und Neugeborene zu neuen Formen der Zusammenarbeit mit anderen wichtigen Gesundheitsprogrammen geführt haben 	Keine Keine Keine	15 10 10
3. Evidenzbasierte Standards und Leitlinien für eine wirksame Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen von vorrangigen Ländern für die Umsetzung vor Ort angenommen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der vorrangigen Länder, die in letzter Zeit WHO-Standards und -Leitlinien für die Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen angenommen haben 	Keine	20
4. Systeme zur Begleitung, Überwachung und Evaluierung von Gesundheitsprogrammen für Mütter und Neugeborene in vorrangigen Ländern ausgebaut und die Fortschritte im Hinblick auf die Millenniums-Entwicklungsziele verfolgt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der vorrangigen Länder, die während des Haushaltszeitraums ein System für die Begleitüberwachung und Evaluierung der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen geschaffen haben und jährlich über Schlüsselindikatoren berichten 	Keine	10
5. Fähigkeit der Länder zur Durchführung von Operations Research gestärkt, um effektive Resultate für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sicherzustellen.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der für die Evaluierung von Ansätzen für die Leistungserbringung durchgeführten Operations Research-Studien 	Keine	10

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				64 150	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Die Schwangerschaft risikoärmer machen** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER, FRAUEN UND GESUNDHEIT

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Unterschiede und Ungleichheiten der gesellschaftlichen Rollen und Aufgaben von Frauen und Männern und geschlechtsbedingte Unterschiede im Zugang zu Ressourcen, Informationen und Macht haben für die Gesundheit von Frauen und Männern unterschiedliche Konsequenzen. Diese Faktoren wirken sich zusammen mit anderen gesellschaftlichen Ungleichheiten und biologischen Merkmalen darin aus, wie Frauen und Männer gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, welchen Zugang sie zu präventiven und kurativen Maßnahmen haben und wie sie diese nutzen, haben aber auch Einfluss auf ihren Gesundheitszustand und auf die gesellschaftlichen Konsequenzen der gesundheitlichen Defizite.</p> <p>Mit der auf der Vierten Weltfrauenkonferenz (Peking, 1995) verabschiedeten Handlungsplattform wurde „Frauen und Gesundheit“ als kritisches Thema erkannt, und die Delegierten empfahlen als Strategie für die Durchführung von Maßnahmen in allen entscheidenden Bereichen von Interesse, darunter auch im Gesundheitsbereich, das so genannte „Gender mainstreaming“, d. h. die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Belange. In Resolutionen der Vollversammlung der Vereinten Nationen und im Millenniums-Entwicklungsziel 3 wurde ebenfalls dazu aufgefordert, in der Politik und in den Programmen von Organen des Systems der Vereinten Nationen die Geschlechterproblematik zu berücksichtigen und die Bemühungen um die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern zu beschleunigen.</p> <p>Die WHO versucht in ihre Programme und Konzepte und Strategien für den Gesundheitssektor eine geschlechtsspezifische Perspektive einzubauen. Bisher konzentrierten sich die Bemühungen darauf, fundierte Erkenntnisse über die Frage zu sammeln, wie sich die Ungleichheit der Geschlechter auf die Gesundheit, auf geschlechtsbedingte Gewalt, auf die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und HIV/Aids und die Einbeziehung geschlechtsspezifischer Erwägungen in die Gesundheitsforschung, in die Gesundheitspolitik und in Gesundheitsprogramme auswirkt. Damit sichergestellt ist, dass dieses Vorgehen zum Kernelement aller gesundheitlichen Arbeit wird, bedarf es jedoch noch weiterer Anstrengungen.</p> <p>Bewusstseinsbildung und die Förderung von Partnerschaften zwischen der WHO, anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, staatlichen Organen und nichtstaatlichen Organisationen sind wesentlich. Es müssen gute Praxisverfahren für die Reduzierung der Ungleichheit der Geschlechter im Gesundheitswesen geschaffen und belegt werden. Die Fähigkeit, geschlechtsspezifische Perspektiven in das Zentrum aller Politik zu rücken, muss sowohl in den nationalen Gesundheitssystemen wie in der WHO selbst aufgebaut werden, und diese Integration muss laufend verfolgt werden. Da geschlechtsspezifische Fragen sektorübergreifend relevant sind, braucht man unbedingt den politischen Willen, das verpflichtende Engagement leitender Mitarbeiter und eine verantwortliche Rechenschaftslegung, wenn gesichert sein soll, dass sie in der gesamten Arbeit der WHO berücksichtigt werden.</p>
ZIEL	<p>Eine bessere Gesundheit für Mädchen und Frauen, Jungen und Männer zu erreichen, und zwar durch die Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen, durch die Befähigung von Frauen zum selbstbestimmten Handeln und durch die Förderung von Gesundheitsforschung, Gesundheitspolitik und -programmen, die sich angemessen mit geschlechtsspezifischen Fragen auseinandersetzen.</p>
WHO- VORGABEN	<p>Entwicklung und Unterstützung der Anwendung von Instrumenten, Strategien und Maßnahmen für die wirkungsvolle Einbeziehung von geschlechtsspezifischen Erwägungen in die Gesundheitsforschung, die Gesundheitspolitik und Gesundheitsprogramme, um die geschlechtsbestimmte Ungleichheit zu beseitigen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen abzumildern.</p> <p>Indikator</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der angesprochenen Mitgliedstaaten und anderer Partner der gesundheitlichen Arbeit, die ein oder mehrere WHO-Instrumente für die Einbeziehung der Thematik Geschlecht und Gesundheit von Frauen für die Entwicklung ihrer Gesundheitspolitik, von Strategien und Programmen nutzen
STRATEGISCHES VORGEHEN	<p>Unterstützung der Datenerhebung, von Forschungsvorhaben, Forschungsberichten und Grundsatzanalysen, um das Wissen über die Wirkung geschlechtsspezifischer Ungleichheit und von Geschlechterrollen auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung zu verbessern, und Aufstellung von geeigneten Strategien; Festlegung, Erprobung und Evaluierung von Indikatoren, Instrumenten und Standards für die Einbeziehung geschlechtsspezifischer Perspektiven in gesundheitliche Konzepte, Programme und Forschungsvorhaben und für die Anwendung in Aktivitäten, die sich mit der Thematik Geschlecht und Gesundheit von Frauen befassen; Entwicklung von praktischen Fähigkeiten und Kompetenzverbesserung auf allen Ebenen nationaler Gesundheitssysteme und innerhalb der WHO, um nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten zu generieren, diese unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zu analysieren und die Ergebnisse dafür zu nutzen, die Geschlechterthematik in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik und der Programmentwicklung zu rücken; Überzeugungsarbeit und Förderung von Partnerschaften zwischen der WHO und anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, nichtstaatlichen Organisationen und anderen, um das Bewusstsein für die Gleichberechtigung von Männern und Frauen zu schärfen und Informationen über die Gleichstellung von Männern und Frauen und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbreiten und zur Unterstützung dieses Prozesses in den Ländern intersektorale Netze zu schaffen.</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZELZIELE
1. Bewusstseinsbildung und Informationsvermittlung zur Thematik Gleichstellung der Geschlechter und gesundheitliche Chancengleichheit mit Unterstützung der gesamten Organisation.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der etablierten Netzwerke 	Zahl der Programme oder Projekte, die im Gesundheitsbereich geschlechtsspezifische Anliegen fördern	5
2. Weitervermittlung von Informationen über gute Praxisverfahren zur Verringerung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Ungleichheiten und Risiken und Unterstützung von Zielländern, die diese Unterstützung für ihre Überzeugungsarbeit und Politik nutzen können.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die die Informationen über gute Praxisverfahren zur Verringerung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Ungleichheiten für Überzeugungsarbeit, politischen Kurswechsel oder die Entwicklung von Maßnahmen nutzen 	Zahl der verfügbaren Sachstandsberichte und Dokumente	5
3. Aufnahme geschlechtsspezifischer Anliegen und der Thematik Gesundheit von Frauen in die Arbeitspläne ausgewählter WHO-Aktivitäten.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der WHO-Schwerpunktprogramme, die systematische geschlechtsspezifische Erwägungen in ihre Strategien und Leitlinien übernehmen 	2	4
4. Abgeschlossene Entwicklung wirksamer Monitoringinstrumente und Standards mit flankierenden Fortbildungsmaterialien, die von den Ländern zur Kompetenzverbesserung und für die Planung und Umsetzung von geschlechtsspezifischen Programmen und Konzepten eingesetzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der entwickelten Instrumente, Standards, Fortbildungshilfen und anderer Materialien Zahl der Zielländer, die um fachliche Unterstützung für den Einsatz und die Erprobung von Fortbildungsmaterialien und Standards bitten 	Keine Derzeitige Zahl der Zielländer, die um Unterstützung bitten	6 3–5 Länder in jeder von 3 Regionen, die um Unterstützung bitten

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				17 800	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Neugeborene, Kinder und Jugendliche machen fast 40% der Weltbevölkerung aus, ihre gesundheitsbedingten Probleme und deren mögliche Lösungen sind gut belegt. Jedes Jahr sterben fast 11 Millionen Kinder unter fünf Jahren, die meisten davon in Entwicklungsländern. Die schlimmsten Killer sind weiterhin Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen, Malaria, Masern und HIV/Aids; sie verursachen die Hälfte aller Sterbefälle, wobei bei über 50% der Sterblichkeit dieser Gruppe auch Fehlernährung zugrunde liegt. Inzwischen wächst die Erkenntnis, dass Neugeborene besonders anfällig sind. Sterbefälle im ersten Lebensmonat machen 60% der Säuglingssterblichkeit und noch 40% der Mortalität der Kinder unter fünf Jahren aus.

Kostenwirksame Abhilfemaßnahmen sind vorhanden und verringern, wenn sie in ausreichendem Umfang eingesetzt werden, die Kindersterblichkeit erheblich und verbessern zugleich Wachstum und Entwicklung der Kinder. Einige Maßnahmen setzen ein gut funktionierendes und gut ausgestattetes Gesundheitswesen voraus, andere können durch die Bevölkerung und Organisationen der Zivilgesellschaft gefördert werden. Diese erfolgreichen Interventionen greifen jedoch zurzeit noch nicht ausreichend weit, so dass die bedürftigsten Gruppen davon noch nicht profitieren, weshalb die Maßnahmen ausgeweitet werden sollten.

Im kommenden Jahrzehnt wird die Zahl der Jugendlichen in der Welt auf Rekordhöhe ansteigen. Diese Gruppe ist vielfachen Risiken ausgesetzt, hat aber auch zahlreiche Chancen. Bis zu 70% der Frühsterblichkeit unter Erwachsenen haben ihre Wurzeln in der Jugend. Schätzungsweise 1,4 Millionen Jugendliche verlieren jedes Jahr das Leben, meist durch nicht vorsätzliche Verletzungen, durch Suizid und Gewalteinwirkung; Schwangerschaftskomplikationen kosten jährlich 70 000 jungen Mädchen das Leben. Hinzu kommt, dass junge Menschen zwischen 15 und 24 weiterhin die höchste Rate der sexuell übertragenen Infektionen aufweisen (fast 50% aller neuen HIV-Infektionen entfielen 2002 auf diese Gruppe).

Inzwischen weiß man, welche positiven Faktoren das Risikoverhalten von Jugendlichen begrenzen. Zum einen muss man das soziale Umfeld von Jugendlichen stützen, sehr wichtig ist aber auch, dass die Jugendlichen Zugang zu altersgerechten Informationen und Gesundheitsdiensten und die Möglichkeit haben, ihre Fähigkeiten altersgerecht zu entwickeln. Die WHO trägt besondere Verantwortung dafür, dass der Gesundheitssektor besser auf die Bedürfnisse von Jugendlichen reagieren kann.

Die Organisation hat eine Reihe eng miteinander verbundener Strategien entwickelt, mit denen man den gesundheitlichen und entwicklungsbedingten Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren gerecht werden kann. Die strategische Ausrichtung des Arbeitsbereichs Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wurde von der Weltgesundheitsversammlung gebilligt. Mit Resolution WHA56.21 wurde darum gebeten, der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2006 einen Bericht über den Beitrag der WHO zur praktischen Verwirklichung der strategischen Ausrichtung vorzulegen, wobei das Schwergewicht auf Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und den Fortschritten im Hinblick auf die international vereinbarten Ziele für Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wie z. B. der Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele, liegen sollte.

Beim integrierten Management von Kinderkrankheiten (hinter das sich die Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA48.12 gestellt hat) handelt es sich um eine kostenwirksame und gemeindebasierte Strategie für den Gesundheitssektor, die andere globale Initiativen zur Förderung des Überlebens, des Wachstums und der Entwicklung von Kindern unterstützt und ergänzt. Die (von der Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA55.25 angenommene) globale Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern unterstützt Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungspraxis, zur Verringerung der Fehlernährung und zur Verbesserung von Wachstum und Entwicklung. Die von der WHO aufgestellte Strategie zur Bekämpfung von HIV unter jungen Menschen soll die von den Ländern ergriffenen gesundheitlichen Maßnahmen stärken und beschleunigen, und zwar durch Kompetenzentwicklung, fachliche Unterstützung, Erleichterung von Partnerschaften und Beschaffung von Ressourcen.

Die WHO unterstützt auch weiterhin die enge Zusammenarbeit zwischen Arbeitsbereichen, deren fachliche oder bevölkerungsbezogene Schwerpunkte denen des Arbeitsbereichs Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entsprechen (z. B. reproduktive Gesundheit, die Schwangerschaft risikoärmer machen, Malaria, Ernährung, unentbehrliche Arzneimittel und Immunisierung). Die Organisation pflegt ihre starken partnerschaftlichen Beziehungen zu anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen, zu bilateralen Stellen, nichtstaatlichen Organisationen, Regierungen, dem Privatsektor und zu Bevölkerungsgruppen und wird durch ihre Unterstützung von Instrumenten wie dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes der internationalen und der nationalen Politik auch künftig Orientierungshilfe bieten.

ZIEL

Bis zum Jahr 2015 die Säuglings- und Kindersterblichkeit gegenüber der Rate von 1990 um zwei Drittel zu verringern und bis zum Jahr 2010 weltweit die HIV-Prävalenz unter jungen Menschen der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre um 25% zu reduzieren.

WHO-VORGABEN Befähigung der Länder zur Verfolgung von evidenzbasierten Strategien für die Verringerung von Gesundheitsrisiken, Morbidität und Sterblichkeit im gesamten Lebensverlauf, zur Förderung von Gesundheit und Entwicklung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen und zur Schaffung von Mechanismen für die Messung der Wirkung dieser Strategien.

Indikatoren

- Zahl der Länder, die von der WHO für die Gesundheit und Entwicklung von Neugeborenen und Kindern empfohlene Konzepte und Programme umsetzen
- Zahl der Länder, die von der WHO für die Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen empfohlene Konzepte und Programme umsetzen

STRATEGISCHES VORGEHEN Erarbeitung von kostenwirksamen Mechanismen und Leitlinien für die Bekämpfung von Krankheiten und Leiden, die die Bevölkerung gesundheitlich am stärksten belasten; Umsetzung dieser Instrumente in den Ländern mit Feedback für weitere Forschungsvorhaben; Bemühungen um die Erreichung internationaler gesundheitlicher Zielvorgaben durch die Ausweitung von Maßnahmen, die Sicherung der Versorgungsqualität und den Ausbau nationaler Programme für die Gesundheit von Kindern, vor allem in Ländern mit einer hohen Sterblichkeitsrate in der Altersgruppe der Kinder unter fünf Jahren; Unterstützung der Planung von Programmen für die Gesundheit von Jugendlichen und der Förderung von Schutzfaktoren; Vorrang für Humanressourcen und Schwerpunkt auf der Zusammenarbeit mit dem Privatsektor, auf den Gewohnheiten in Familie und Gemeinde, auf dem langfristigen politischen Engagement und der finanziellen Unterstützung.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Angemessene fachliche und politische Unterstützung für eine zunehmende Zahl von Ländern geleistet, um den gesundheitsbezogenen Artikeln des Übereinkommens über die Rechte des Kindes Wirkung zu verleihen.	• Zahl der Länder, die mit der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Empfehlungen für Kinder und Jugendliche begonnen haben, die sich aus der von der WHO für den Berichterstattungsprozess im Zusammenhang mit dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes geleisteten Unterstützung ergeben haben	8	14
2. Verbesserte Konzepte, Strategien, Normen und Standards etabliert für den Schutz von Jugendlichen vor Krankheiten, gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und Verhältnissen durch Forschungsarbeiten, fachliche und politische Unterstützung.	• Zahl der Länder, die evidenzbasierte Grundsatzempfehlungen und Leitlinien aufgestellt haben für den Schutz von Jugendlichen vor wichtigen Krankheiten und vor gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und Verhältnissen	30	40
3. Leitlinien, Ansätze und Instrumente für intensivierte Maßnahmen zur Verbesserung des Überlebens, des Wachstums und der Entwicklung von Neugeborenen und Kindern erarbeitet und die Fortschrittsüberwachung validiert und gefördert.	• Zahl der Länder, die an das Management von Kinderkrankheiten mit integrierten Maßnahmen herangehen und die geographische Reichweite dieser Aktivitäten auf über 50% der Zielgebiete ausgeweitet haben	25	45
	• Zahl der von der WHO unterstützten Forschungsprojekte, die die Abfassung von strategischen Normen, Standards und Leitlinien für die Verbesserung der Überlebenschancen von Neugeborenen und Kindern beeinflussen sollen	56	68
4. Beiträge für die Erreichung globaler Ziele durch die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geleistet.	• Zahl der Länder, die Partnerschaftsmechanismen für die Förderung der Überlebenschancen von Kindern haben und koordinierte Maßnahmen für die Gesundheit von Kindern unterstützen	15	30
	• Zahl der Länder, die den von der WHO entwickelten strategischen Ansatz für die Bekämpfung von HIV unter jungen Menschen verfolgen	10	20

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				100 784	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

IMMUNISIERUNG UND IMPFSTOFFENTWICKLUNG

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Drei WHO-Regionen (Gesamtamerika, die Europäische und die Westpazifische Region) waren Ende 2003 poliofrei, in den anderen drei Regionen wurden auch noch 2004 Polioviren übertragen. Die größte Anstrengung galt im Zeitraum 2004–2005 dem Versuch, die Übertragung in allen Ländern zu unterbrechen. Im Haushaltszeitraum 2006–2007 werden sich die Surveillancemaßnahmen in den Ländern, die sich der Globalen Initiative zur Eradizierung der Poliomyelitis angeschlossen haben, darauf konzentrieren, die Bestätigung dafür zu erlangen, dass jegliche Wildvirenübertragung unterbunden wurde, damit die Globale Zertifizierungskommission die Welt im Jahr 2008 für poliofrei erklären kann. Außerdem werden alle wieder eingeführten oder akut auftauchenden Polioviren schnell aufgespürt und bekämpft.</p> <p>Trotz der Fortschritte kommen 2004 immer noch über 33 Millionen Kinder jährlich zur Welt, die keinen Zugang zu einer sicheren Immunisierung haben. Durch Impfstoffe verhütbare Krankheiten verursachen jährlich über zwei Millionen Sterbefälle, meist in den ärmsten Ländern. Allein die Masern fordern unter Kindern schätzungsweise 610 000 Opfer, obwohl ein sicherer, wirksamer und billiger Impfstoff zur Verfügung steht. Der Ausbau von Immunisierungsdiensten, in allen Gebieten die Verbesserung der Managementkompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, damit der Zugang zu Immunisierungsdiensten ausgeweitet und nachhaltig gestaltet werden kann, und die Überwachung der durch Impfung verhütbaren Krankheiten bilden weiterhin den Hauptschwerpunkt der fachlichen Unterstützung, die die WHO und ihre Partner den Ländern und Regionen leisten. Die WHO wird im Rahmen des Globalen Bündnisses für Impfstoffe und Immunisierung weiterhin fachlich qualifizierte Unterstützung leisten, um die Fähigkeit der Länder zu verbessern, die langfristige Nachhaltigkeit ihrer Finanzierungsmodelle zu sichern, was voraussetzt, dass die aus dem nationalen Haushalt und von Gebern kommenden Ressourcen aufgestockt und Schulden erlassen werden müssen. Außerdem müssen die Länder den Impfstoffeinkauf übernehmen können, u. a. von neuen als kostenwirksam eingestuften Impfstoffen, und dafür sorgen, dass bei den Routineimpfungen im Land Einwegspritzen mit Selbsterstörungsfunktion gebraucht werden.</p> <p>Die von der WHO hinsichtlich der Entwicklung und Förderung von Impfstoffnormen und -standards geleistete Arbeit bahnt zusammen mit funktionsfähigen Zulassungsbehörden in den Ländern den Weg für die Erreichung des Ziels, nur qualitätsgesicherte Impfstoffe einzusetzen. Die WHO unterstützt die Länder weiterhin durch Fortbildungsangebote und durch die Stärkung der Sachkompetenz von Zulassungsbehörden.</p> <p>Eine kritische Herausforderung bleiben die Erforschung und schnellere Entwicklung neuer Impfstoffe. Ob die Wissenslücken geschlossen werden können, hängt davon ab, wie schnell es der WHO gelingt, alle Forschungsanstrengungen zu bündeln, um so die vorklinische Entwicklung und die klinische Erprobung neuer Impfstoffe möglichst zu beschleunigen.</p>
ZIEL	Schutz aller gefährdeten Menschen vor Krankheiten, die durch Impfstoffe verhütbar sind.
WHO- VORGABEN	<p>Förderung der Entwicklung neuer Impfstoffe und von Neuerungen bei biologischen Wirkstoffen und Immunisierungstechniken; Sicherstellung der verstärkten Wirkung von Immunisierungsdiensten als Element der Gesundheitsversorgung; beschleunigte Bekämpfung vorrangiger, durch Impfung verhütbarer Krankheiten und Sicherstellung, dass die menschlichen und wirtschaftlichen Nutzeffekte solcher Initiativen voll ausgeschöpft werden.</p> <p><i>Indikatoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahl der auf Wildviren oder Impfungen zurückzuführenden Poliomyelitisfälle • Geschätzte Zahl der weltweiten Masernsterbefälle und der Krankheitsfälle • Prozentualer Anteil der Länder, die mit drei Dosen des Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfstoffs in allen Gebieten einen 80%igen Impfschutz erzielen • Impfschutz von Kindern unter einem Jahr mit drei Dosen Hepatitis B-Vakzine
STRATEGISCHES VORGEHEN	Begleitüberwachung und Surveillance auf globaler und regionaler Ebene und im einzelnen Land; Koordination der globalen Forschung und Politikgestaltung; fachliche und strategische Unterstützung zur Stärkung der auf nationaler Ebene und in den einzelnen Gebieten vorhandenen Fachkompetenz für die Umsetzung von Immunisierungsstrategien, und zwar durch die Stärkung und Ausweitung globaler Partnerschaften.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Forschungsvorhaben unterstützt, Leitlinien geliefert, Partnerschaften angeknüpft und die Forschungs- und Entwicklungskompetenz für die Entwicklung von Impfstoffen gegen Infektionskrankheiten, die Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung haben, in Entwicklungsländern verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Unternehmen, die Impfstoffe in Entwicklungsländern früh einführen, die evidenzbasierte Entscheidungen über die Einführung von Impfstoffen gegen die Pneumokokken-, Rotavirus- oder Humanpapillomavirus-Infektion treffen • Zahl der vorrangigen Entwicklungsländer mit verbesserter Bereitschaft für die Einführung von HIV-Vakzine 	6 von 34 10 von 32	28 von 34 15 von 32
2. Normen und Standards festgelegt für die Produktionskontrolle und die Regulierung von Impfstoffen und anderen biologischen Wirkstoffen und Referenzstandards etabliert.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der vorrangigen Impfstoff- und biologischen Wirkstoffe, zu denen die für die Zulassung notwendigen Forschungsprojekte laufen oder für die bereits Empfehlungen zur Produktions- und Qualitätskontrolle vorliegen; Etablierung von in Frage kommenden Referenzmaterialien 	3 (20%) von 15 für vorrangige Impfstoff- und biologische Wirkstoffe; 30% für Untersuchungen zu in Frage kommenden Referenzmaterialien aus 4 WHO-Regionen	15 (100%) von 15 für vorrangige Impfstoff- und biologische Wirkstoffe; 50% für Untersuchungen zu in Frage kommenden Referenzmaterialien aus 4 WHO-Regionen
3. Durch fachliche und konzeptionelle Unterstützung die Fähigkeit der Länder, Konzepte umzusetzen und sicherzustellen, dass Immunisierungsprogramme mit qualitätsgesicherten Impfstoffen und mit sicheren Spritzen arbeiten, ausreichend gestärkt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Mitgliedstaaten, in denen die landesweiten Immunisierungsprogramme nur mit (nach WHO-Kriterien) qualitätsgesicherten Impfstoffen arbeiten • Anteil der Länder, die (nach WHO-Kriterien) für eine sterile Injektionspraxis sorgen 	179 (93%) von 192 132 (80%) von 165 Zielländern	182 (95%) von 192 165 (100%) der Ziel-länder
4. Durch fachliche und konzeptionelle Unterstützung die Fähigkeit der Länder, die Impfstoffversorgung zu sichern und die finanzielle Tragfähigkeit der nationalen Immunisierungsprogramme zu verbessern, ausreichend gestärkt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Zielländer, die einen nachhaltigen Finanzierungsplan aufgestellt haben und ihn umsetzen 	32 (42%) von 75	41 (55%) von 75
5. Durch fachliche und konzeptionelle Unterstützung die Fähigkeit der Länder, ein wirksames Monitoring der Immunisierungssysteme und die Einschätzung der durch Impfung verhütbaren Krankheitsbelastung vorzunehmen, ausreichend gestärkt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Mitgliedstaaten, die die Zielvorgaben der lückenlosen Surveillanceberichterstattung von der Gebiets- bis zur Landesebene erfüllen • Anteil der Mitgliedstaaten, die für Maserntests Zugang zu akkreditierten Laboren haben 	96 (50%) von 192 96 (50%) von 192	153 (80%) von 192 153 (80%) von 192
6. Die Zugänglichkeit von vorhandenen, neuen und noch nicht genügend genutzten Impfstoffen weitestgehend verbessert und die Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen in Ländern und Gebieten beschleunigt durch fachliche und konzeptionelle Unterstützung, die wirksam dazu beiträgt von der Gebietsebene an aufwärts eine Verbesserung der fachlichen Kompetenz zu erreichen.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Säuglingskohorten in allen Mitgliedstaaten, die durch drei Dosen Hepatitis-B-Vakzine geschützt sind • Anteil der Mitgliedstaaten, die mit drei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten in allen Gebieten oder auf entsprechender nachgeordneter Verwaltungsebene einen Impfschutz von >80% erzielen 	68% 96 (50%) von 192	84% 134 (70%) von 192

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

INDIKATOREN

AUSGANGSLAGE

EINZELZIELE

<p>7. Wirksame Koordination und Unterstützung für die Unterbrechung der Zirkulation aller wieder eingeführten Polioviren, um die Zertifizierung der globalen Poliomyelitis-eradikation zu erreichen, Produkte für die Einstellung der oralen Poliovirusimpfung zu entwickeln und die Globale Initiative für die Eradizierung der Poliomyelitis zum Bestandteil des Gesundheitsversorgungssystems zu machen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der ins Auge gefassten Mitgliedstaaten, die Tetanus bei Müttern und Neugeborenen eliminiert haben • Anteil der Mitgliedstaaten, die bei Kindern einen Masernimpfschutz von 90% erzielen • Zahl der Länder und Gebiete, die im Rahmen einer dem Zertifizierungsstandard entsprechenden Surveillance in den vergangenen drei Jahren endemische Poliomyelitis gemeldet haben • Anteil der Länder, deren Laboratorien, die Poliovildviren lagern und Einrichtungen für die Impfstoffproduktion haben, alle den Anforderungen an die Biosicherheitsstufe 3 für Poliomyelitis genügen • Anteil der Polioverdachtsfälle, die untersucht wurden und bei denen das Global Outbreak and Alert Response Network tätig geworden ist 	<p>15 (26%) von 57</p> <p>134 (70%) von 192</p> <p>6</p> <p>53 (25%) von 215 Meldeländern</p> <p>25% von events</p>	<p>28 (49%) von 57</p> <p>173 (90%) von 192</p> <p>0</p> <p>215 (100% der) Meldeländer</p> <p>100% von events</p>
---	--	---	---

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				382 003	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Immunsierung und Impfstoffentwicklung** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

UNENTBEHRLICHE ARZNEIMITTEL

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Unentbehrliche Arzneimittel retten Leben, verringern Leiden und verbessern Gesundheit, aber nur wenn ihre Qualität gut ist, sie sicher und bezahlbar sind und richtig eingesetzt werden. In vielen Ländern sind allerdings nicht alle diese Bedingungen erfüllt. Fast zwei Milliarden Menschen, ein Drittel der Weltbevölkerung, haben keinen regelmäßigen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln. Schlechte Qualität und wenig sinnvoller Einsatz von Arzneimitteln geben ebenfalls Anlass zur Besorgnis. Selbst in Fällen, wo die Arzneimittel zur Verfügung stehen, werden sie u. U. den Qualitätsanforderungen nicht gerecht oder es handelt sich um Fälschungen, wenn die Arzneimittelgesetzgebung schwach ist. Der in Entwicklungsländern weit verbreitete Gebrauch von herkömmlichen oder ergänzenden und alternativen Heilmitteln wird auch in Industrieländern immer beliebter und stellt weltweit einen kostentreibenden Faktor dar.

Ein zentrales und vorrangiges Anliegen bleibt die Ausweitung der Zugänglichkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln, eines der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele, auf dessen Verwirklichung sich die Weltgemeinschaft verpflichtet hat. Um dieses Ziel zu erreichen und geleitet durch die jüngsten Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung,¹ wird die WHO betonen, dass der Zugang zu allen unentbehrlichen Arzneimitteln offen stehen sollte, wobei sie den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Ausweitung des Zugangs zu antiretroviralen Wirkstoffen legen wird, um dem Ziel der „3 bis 5“ gerecht werden zu können. Zu den neuen und den weitergeführten Prioritäten der Arzneimittelpolitik zählen die Umsetzung der WHO-Strategie für traditionelle Medizin, die Lösung von Problemen der Sicherheit, Wirksamkeit, Erhaltung und Weiterentwicklung dieser Art von Gesundheitsversorgung, die Förderung und laufende Beobachtung der Zugänglichkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln als Menschenrecht, die Sicherung eines Public-Health-orientierten Herangehens an die Umsetzung von Handelsvereinbarungen und die Förderung einer stärkeren ethischen Dimension im Arzneimittelsektor.

ZIEL

Zu helfen, Leben zu retten und Gesundheit zu verbessern durch die Sicherung der Qualität, Wirksamkeit, Sicherheit und des sinnvollen Einsatzes von Arzneimitteln, darunter auch traditioneller Medizin, und durch die Förderung eines chancengerechten und nachhaltigen Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln, insbesondere für die Armen und Benachteiligten.

WHO- VORGABEN

Gestaltung, Umsetzung und laufende Verfolgung der nationalen Arzneimittelpolitik mit dem Ziel: Verbesserung des chancengleichen Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln, vor allem im Hinblick auf die Lösung vorrangiger Gesundheitsprobleme und für arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen; Sicherung der Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln durch die Entwicklung internationaler Standards und die Unterstützung der Umsetzung einer wirksamen Arzneimittelregulierung in den Ländern sowie Verbesserung des sinnvollen Einsatzes von Arzneimitteln durch Gesundheitsfachkräfte und Verbraucher.

Indikator

- Zahl der Länder, die eine neue oder innerhalb der letzten zehn Jahre aktualisierte nationale Arzneimittelpolitik verfolgen

STRATEGISCHES VORGEHEN In Zusammenarbeit mit wichtigen Partnern Zusammenstellung und Verbreitung von Wissen, das sich auf die in den Ländern gewonnenen Erfahrungen stützt, und Verbesserung der Fähigkeit der Länder, dieses Wissen in die Praxis umzusetzen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
1. Umsetzung und Verfolgung der Arzneimittelpolitik ausgehend vom Konzept der unentbehrlichen Arzneimittel, laufende Beobachtung der Einwirkung von Handelsvereinbarungen auf die Zugänglichkeit hochwertiger unentbehrlicher Arzneimittel und Verbesserung der Fachkompetenz im Arzneimittelsektor, alle propagiert und unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die die Umsetzung einer neuen oder innerhalb der letzten fünf Jahre erneuerten Arzneimittelpolitik planen • Zahl der Länder, die die im Abkommen über handelsbezogene Aspekte von geistigen Eigentumsrechten enthaltenen flexiblen Bestimmungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in ihre nationale Gesetzgebung übernehmen 	49 von 103	62
		32 von 105	47

¹ Resolution WHA55.14, WHA56.27 und WHA56.31

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
2. Angemessene Unterstützung der Länder für die Förderung der Sicherheit, der Wirksamkeit und des vernünftigen Einsatzes traditioneller und ergänzender sowie alternativer Medizin geleistet.	• Zahl der Länder mit gesetzlichen Bestimmungen zu pflanzlichen Arzneimitteln	39 von 129	47
3. Leitlinien für die Finanzierung der Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln und die Verbesserung ihrer Bezahlbarkeit im öffentlichen und privaten Sektor bereitgestellt.	• Zahl der Länder, in denen die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel jährlich unter 2 US-\$ pro Person betragen	24 von 80	16
	• Zahl der Länder, in denen es privaten Apotheken gestattet ist, Markenprodukte durch äquivalente Generika zu ersetzen	99 von 132	106
4. Wirksame und gesicherte Systeme der Arzneimittelversorgung gefördert, um die ständige Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln sicherzustellen.	• Zahl der Länder mit einem sich auf eine nationale Liste der unentbehrlichen Arzneimittel gründenden öffentlichen Beschaffungssystem	84 von 127	93
5. Globale Normen, Standards und Leitlinien für die Qualität, die Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln verbessert und gefördert.	• Zahl der im Haushaltszeitraum international festgelegten generischen Bezeichnungen von Arzneimitteln	-	300
	• Zahl der im Haushaltszeitraum im Hinblick auf die Klassifikation für die internationale Kontrolle überprüften psychotropen und narkotischen Substanzen	-	4
6. Instrumente für die wirksame Arzneimittelregulierung und für Qualitätssicherungssysteme gefördert, um die nationalen Arzneimittelbehörden zu stärken.	• Zahl der Länder, in denen ein Grundsystem für die Arzneimittelregulierung in Kraft ist	90 von 130	96
7. Bewusstseinsbildung und Beratung zum kostenwirksamen und sinnvollen Einsatz von Arzneimitteln gefördert, um den Einsatz von Arzneimitteln durch Gesundheitsfachkräfte und Verbraucher zu verbessern.	• Zahl der Länder, die über eine innerhalb der letzten fünf Jahre aktualisierte nationale Liste unentbehrlicher Arzneimittel verfügen	82 von 114	85

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				62 285	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Unentbehrliche Arzneimittel** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

UNENTBEHRLICHE GESUNDHEITSTECHNIK

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Die Gesundheitstechnik bildet das Rückgrat aller Gesundheitssysteme. Evidenzbasierte Gesundheitstechnik ist kostenwirksam, genügt genau definierten Spezifikationen, wurde in kontrollierten klinischen Studien validiert oder kann sich auf einen breiten Konsens unter Fachleuten stützen. Gesundheitstechnik ist ein wesentliches Instrument für die Lösung gesundheitlicher Probleme. Selbst das einfachste Gesundheitssystem kommt nicht ganz ohne aus. Und doch leidet die Mehrheit der Weltbevölkerung unter Armut und hat keinen Zugang zu den angemessenen, sicheren und verlässlichen Lösungen ihrer gesundheitlichen Probleme, die Gesundheitstechnik bieten kann.</p> <p>Zum Teil hat Gesundheitstechnik nur einen Anwendungsbereich, während sie in anderen Fällen mehreren Zwecken dient, wie z. B. bei Bluttransfusionen, bei der diagnostischen Bildgebung, bei klinischen Labortests und in der Chirurgie. Ein auf diese Techniken gegründeter, sicherer und verlässlicher Dienst ist abhängig von einer konsequenten Politik und kohärenten Standards für die Sicherheit, Qualität und Qualitätskontrolle, die Zugänglichkeit und den Einsatz der Technik.</p> <p>In den Entwicklungsländern wächst aufgrund der sich ausbreitenden übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten der diagnostische Bedarf, zugleich aber erleben sie eine ungeheure Knappheit an diagnostischen Bildgebungsverfahren und anderen Diagnosetechniken und an Labordiensten. Hinzu kommt, dass etwa die Hälfte der in diesen Ländern vorhandenen Apparatur nicht funktioniert, weil für den Betrieb die wirtschaftlichen und personellen Ressourcen fehlen.</p> <p>Die Sicherheit und Wirksamkeit von Blutprodukten und diagnostischen In-vitro-Verfahren sind abhängig von validierten Qualitätssicherungssystemen. Solche Systeme gibt es jedoch nicht überall: Etwa 6 Millionen der jährlich über 80 Millionen gespendeten Bluteinheiten werden nicht gemäß den WHO-Empfehlungen für das Screening infektiöser Krankheitserreger getestet; eine unzulängliche Sicherheitspraxis bei Injektionen, u. a. auch bei Bluttransfusionen, verursacht 22 Millionen Fälle von Hepatitis B, 2 Millionen Fälle von Hepatitis C und 260 000 HIV-Infektionen. Die nationalen Zulassungsbehörden und Hersteller in den Mitgliedstaaten müssen unbedingt gestärkt werden. Der Rückgang von Blutspenden gibt ebenfalls Anlass zur Besorgnis, wobei mit der Blutspendekampagne im Rahmen des Weltgesundheitstags versucht wird, mehr Menschen zu regelmäßigen Blutspenden zu ermutigen.</p> <p>Erhebliche Besorgnis im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit löst auch die Tatsache aus, dass das Personal in den Gesundheitseinrichtungen der ersten Überweisungsebene nicht ausreichend für die Notfallversorgung und für chirurgische Eingriffe geschult und nicht imstande ist, mit weltweit akzeptierten Verfahren für Eigen- und Fremdtransplantation zu arbeiten.</p> <p>Die WHO unterstützt die Mitgliedstaaten durch technische Kooperationsprojekte bei der Umsetzung einer Reihe von Empfehlungen für die Verbesserung des Einsatzes unentbehrlicher Gesundheitstechniken, die in Rahmenbestimmungen für die Praxis festgehalten sind.</p>
ZIEL	Die Fähigkeit nationaler Gesundheitssysteme, gesundheitliche Probleme durch den Einsatz unentbehrlicher Gesundheitstechnik zu lösen, zu verbessern.
WHO- VORGABEN	<p>Schaffung sicherer und verlässlicher Dienste, die ausgehend von Rahmenbestimmungen für die Praxis, die Konzept, Sicherheit, Zugang und Einsatz festlegen, unentbehrliche Gesundheitstechniken und biologische Produkte einsetzen.</p> <p><i>Indikator</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •
STRATEGISCHES VORGEHEN	Entwicklung von Normen, Standards, Leitlinien, Informationen und Fortbildungsmaterialien und Förderung von Forschungsvorhaben zu unentbehrlichen Gesundheitstechniken zur Unterstützung der Einrichtung effektiver Gesundheitsdienste durch die Mitgliedstaaten; Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Etablierung und Optimierung des Einsatzes von Medizintechnik, Zuordnung höchster Priorität für drei Schlüsselinitiativen, die die folgenden drei Gesundheitstechniken umfassen: Ausarbeitung einer Liste unentbehrlicher medizinischer Geräte, Verhütung von HIV-Infektionen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Einsatz von Informationstechnik in der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung; Durchführung eines Großteils dieser Arbeit in Zusammenarbeit mit WHO-Kooperationszentren und anderen Partnern.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Bedarfsgerechte Strategien gefördert und die Einrichtung national koordinierter Bluttransfusionsdienste mit Qualitätssystemen in allen Gebieten gefördert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die alle Blutspender auf HIV-, Hepatitis B- und C-Virusinfektionen testen Zahl der Länder, die vorgegebenen Kriterien für die nationale Koordinierung von Bluttransfusionsdiensten mit Qualitätssystemen in allen Gebieten gerecht werden 	106 21 Länder	
2. Fachliche Qualifikation nationaler Zulassungsbehörden verbessert, um die Qualität und Sicherheit von Blutprodukten und anderen diagnostischen In-vitro-Verfahren zu sichern.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der regionalen Netze für die Stärkung der für Blutprodukte zuständigen nationalen Zulassungsbehörden mit Beteiligung vorrangiger Länder Zahl der Länder, die an WHO-Ringstudien beteiligt sind und bzw. oder internationale biologische Referenzmaterialien der WHO benutzen 		Mindestens zwei regionale Netze werden eingerichtet und gestärkt sein 10–20 Länder pro Ringstudie
3. Fachkompetenz gestärkt und Qualität und Sicherheit bedarfsgerechter diagnostischer Unterstützung sowie den Zugang dazu und Labordienste verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Umfang der in vorrangigen Ländern erzielten Einsparungen im Vergleich zu allgemeinen Marktpreisen durch Verfügbarkeit von billiger, doch sicherer Ausrüstung Prozentsatz der Laboratorien in vorrangigen Ländern, die infolge externer Bewertung und anderen Bewertungsinstrumenten ihre Leistung verbessert haben 	48%	
4. Fortbildungskapazität für diagnostische Bildgebungsverfahren in allen WHO-Regionen verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zentren in jeder Region, die Fortbildungskurse für den empfohlenen Einsatz radiologischer Diagnoseverfahren, darunter der Teleradiologie, anbieten Zahl der Zielländer, die in Fortbildungsprogrammen die WHO-Handbücher verwenden 	3 Zentren in 2 Regionen 3 Länder	In jeder Region mindestens ein Zentrum In jeder Region mindestens zwei Länder
5. Die in den Ländern für die Bewertung der nationalen Zulassungsbehörde vorhandenen Qualifikationen im Bereich der Gerätemedizin und im Hinblick auf die Entwicklung von weiterführenden Plänen verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die die Materialien für Unentbehrliche Gesundheitstechnik benutzen Zahl der Zielländer, die Bewertungen durchgeführt und weiterführende Pläne aufgestellt haben 	6 Länder Keine	In jeder Region mindestens ein Land In jeder Region mindestens ein Land
6. Bedarfsgerechte Unterstützung geleistet für den Gebrauch von Fortbildungsmaterialien und Instrumenten zur Verbesserung der Sachkompetenz des Gesundheitspersonals im Hinblick auf den sicheren Einsatz von unentbehrlichen Notfallverfahren und Geräten in Gesundheitseinrichtungen der ersten Überweisungsebene.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die für die Bereiche Chirurgie und Anästhesie gedachte Fortbildungsmaterialien zur Schulung von Leistungserbringern in Gebietskrankenhäusern einsetzen 	Fortbildungsmaterialien für Chirurgie und Anästhesie (in Vorbereitung)	In jeder WHO-Region mindestens zwei Länder

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
7. Wirksame Beratung für die Ausarbeitung einer nationalen Politik und Gesetzgebung geleistet, um den ethisch vertretbaren Einsatz, die Sicherheit und Qualität der Verfahren bei der Transplantation von Zellgewebe und Organen zu sichern.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die WHO-Kernstandards zur Grundlage ihrer nationalen Transplantationsstandards machen Zahl der Zielländer, die Zugang zu grundlegenden Transplantationstechniken haben 	Keine	10% der Zielländer in jeder Region 10% der Zielländer in jeder Region
8. Standardverfahren für die Ausarbeitung von WHO-Modelllisten unentbehrlicher medizinischer Geräte validiert und verbreitet.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der interessierten Akteure, die die WHO-Modellliste der unentbehrlichen medizinischen Geräte übernommen haben 	Keine	Standardverfahren von mindestens vier technischen WHO-Listenproduzenten angenommen
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der aktualisierten und verfeinerten WHO-Gerätethemenlisten 	Keine	Mindesten vier Themenlisten verfeinert, verfügbar und in Gebrauch
9. Bedarfsgerechte Strategien gefördert und Unterstützung geleistet für ein effektives System zur Verhütung von HIV-Infektionen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer, die nach der Modellliste der für die Infektionsbekämpfung unentbehrlichen Geräte und Ausrüstung vorgehen 	Keine	In jeder Region mindestens ein Land
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Zielländer mit wirksamem System für die Verhütung von HIV-Infektionen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung 	21 Länder	Mindestens 33 Länder
10. Einrichtung bedarfsgerechter elektronischer Informationselemente für den Einsatz in Gesundheitsversorgungssystemen gefördert und wirksam unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die eine nationale Politik für den Einsatz elektronischer Informationen zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung einführen 		Mindestens 10 Länder
	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der Länder, die nach Leitlinien für die Anwendung elektronischer Informationen in der Erbringung von Gesundheitsversorgung arbeiten 		Mindestens zehn Länder wenden in der Erbringung von Gesundheitsversorgung elektronische Informationen an

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				31 328	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Unentbehrliche Gesundheits-
technik** wird auch durch die in anderen Arbeitsbe-
reichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie
unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEITSFÖRDERLICHE POLITIKGESTALTUNG IN ENTWICKLUNGSPROZESSEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Die Art und Weise, wie die WHO eine Vielfalt von nationalen und internationalen Politikkonzepten, Gesetzen, Vereinbarungen und Praxisverfahren zu beeinflussen sucht, wirkt sich auf das Funktionieren und die Effektivität von Gesundheitssystemen und die Erzielung gesundheitlicher Resultate aus. Sie zeigt das Interesse der WHO an Menschenwürde, Sicherheit, Ethik, Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit und zugleich die Notwendigkeit, durch die Überwindung sozialer und wirtschaftlicher Hindernisse für Gesundheit und Gesundheitsversorgung gesundheitliche Chancen bestmöglich zu nutzen. Die Arbeit in diesem Bereich richtet sich weiterhin auf bessere Gesundheit, Armutsbekämpfung, mehr gesundheitliche Chancengleichheit und die Verwirklichung der einschlägigen Millenniums-Entwicklungsziele und anderer international vereinbarter Entwicklungsziele.</p> <p>Die Millenniums-Entwicklungsziele bieten die wichtige Chance, die Eingliederung gesundheitlich vorrangiger Anliegen in nationale und internationale Entwicklungsprozesse (darunter auch in die Armutsbekämpfung) zu fördern. Für die WHO besteht die Herausforderung darin, diese Chance zur Gestaltung von Konzepten und Strategien auszunutzen, die mehr Investitionen in Gesundheit bedeuten, sich auf die Bedürfnisse der Armen konzentrieren und gesundheitliche Chancenungleichheiten abbauen sowie sowohl bei den Nationalregierungen als auch in den WHO-Länderbüros die institutionelle Fähigkeit zur Umsetzung dieser Konzepte und Strategien verbessern. Eine weitere Aufgabe wird es sein, die Konsequenzen zu ermitteln, die sich aus der in vielen Regionen laufenden gemeindebasierten Arbeit für den Gesundheitssektor auf der Makroebene oder in der nationalen Politik ergeben.</p>
ZIEL	<p>Die positiven Wirkungen der sozioökonomischen Entwicklung, von Armutsbekämpfung und Globalisierung auf die gesundheitlichen Resultate zu maximieren; das Bewusstsein für den Stellenwert einer besseren Gesundheit, vor allem der Armen, bei der Verwirklichung übergeordneter Entwicklungsziele zu wecken und dafür einzutreten und ethische, rechtliche und auf die Menschenrechte bezogene Normen in die Gestaltung nationaler und internationaler gesundheitsbezogener Programme, Konzepte und Gesetze einzubringen.</p>
WHO- VORGABEN	<p>Daran festzuhalten und weiter zu sichern, dass die Gesundheit in einer Vielfalt von Entwicklungsprozessen auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene einen zentralen Stellenwert hat und die Analyse ethischer, wirtschaftlicher und auf die Menschenrechte bezogener Aspekte bei der Durchsetzung einer gerechten und konsequenten Politik und Gesetzgebung auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene eine wesentliche Funktion erfüllt.</p> <p><i>Indikatoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung des Stellenwerts von Gesundheit für die nationale Entwicklung in politischen und Entwicklungsforen und dessen Umsetzung in Politik, Pläne und Budgets auf Länderebene • Anerkennung des Stellenwerts von Ethik, Recht, Handel und Menschenrechten in WHO-Konsultationen und in politischen Foren und dessen Umsetzung in Politik, Pläne und Maßnahmen auf Länderebene
STRATEGISCHES VORGEHEN	<p>Beratung, Überzeugungsarbeit und fachliche Unterstützung in den Ländern zu Themen wie Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Menschenrechten, Armut, Entwicklungshilfelinstrumenten, Makroökonomie, Chancengleichheit, Ethik, Globalisierung, Handel und Recht; Sicherstellung, dass sich Empfehlungen nationaler und internationaler Organe auf diesen Gebieten in der nationalen Entwicklungspolitik, in Plänen und Budgets niederschlagen und die gemeindebasierten Initiativen, an denen die WHO beteiligt ist, mit der nationalen Politik verknüpft werden; Sicherstellung, dass die WHO, insbesondere durch ihre Länderbüros, imstande ist, auf diesen Gebieten Unterstützung zu leisten, und zwar durch die Erarbeitung von Konzepten, Leitlinien und durch direkte Unterstützung, die Einberufung von Experten und bzw. oder Entscheidungsträgern auf nationaler und internationaler Ebene, um einen Konsens über verschiedene Aspekte von Gesundheit und Entwicklung zu erzielen und das Verständnis für sowie das Wissen über die behandelten Themen zu fördern; Vergabe und Durchführung von Forschungsarbeiten und Analysen, die Entscheidungsträger im Sinne der übergeordneten Zielvorstellungen der WHO beeinflussen; Sicherstellung, dass sich die WHO in ihren Beiträgen und ihrer Führungsrolle darauf konzentriert, auf die Erfüllung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele und anderer international vereinbarter Entwicklungsziele hinzuwirken.</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
<p>1. Verbesserte Fähigkeit der Länder, sicherzustellen, dass nationale Entwicklungspläne und Budgets, Strategiepapiere zur Armutsbekämpfung, Reformen des öffentlichen Sektors und Ressortprogramme (die ganze Ressorts einschließen) sowie intersektorale Mechanismen verstärkte Investitionen in Gesundheit und bessere gesundheitliche Resultate unterstützen, u. a. die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Ziele, und sich darauf konzentrieren, welche Auswirkung vorgeschlagene Maßnahmen auf arme, anfällige und marginalisierte Bevölkerungsgruppen haben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Länder mit niedrigem Volkseinkommen, in denen die WHO anerkanntermaßen dazu beigetragen hat, die nationalen Behörden zur Erarbeitung von Strategiepapieren für die Armutsbekämpfung, nationalen Plänen für die Armutsbekämpfung und zur Ausarbeitung von Ressortprogrammen mit kohärenten und im Hinblick auf die Kosten kalkulierten Konzepten für die Verbesserung der Gesundheit der Armen zu befähigen • Anteil der Länder mit niedrigem Volkseinkommen, in denen die WHO anerkanntermaßen zur Beurteilung der Chancengleichheit bei der Ausarbeitung nationaler Gesundheitspläne beigetragen hat 	<p>Unter 10% der in Frage kommenden Länder</p>	<p>50% der in Frage kommenden Länder</p>
<p>2. Die WHO voll eingebunden in globale Dialoge und in die Verbreitung guter, entwicklungsbezogener Praxisverfahren und Prozesse, vor allem in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele und andere Partnerschaftsmechanismen mit dem Ziel, die Gesundheit in den Mittelpunkt von Entwicklungstätigkeiten zu rücken, Ressourcen zu erhöhen und die Wirksamkeit und Chancengleichheit von Mechanismen für konkrete Entwicklungshilfe im Gesundheitssektor zu verbessern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Wirksamkeit der Entwicklungshilfe (gemessen nach der vom OECD-Entwicklungshilfeausschuss aufgestellten Erfolgsskala) in armen Ländern • Anstieg der für den Gesundheitssektor in Ländern mit niedrigem Volkseinkommen zur Verfügung stehenden Ressourcen 		
<p>3. Annahme der von der WHO-Kommission für Chancengleichheit und soziale Determinanten von Gesundheit abgegebenen Empfehlungen durch die leitenden Organe der WHO und Übernahme der Empfehlungen durch die Länder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länderprogramme und -aktivitäten, die in der Praxis die Empfehlungen der WHO-Kommission für Chancengleichheit und soziale Determinanten von Gesundheit befolgen • Zahl der WHO-Programme, die ihre tägliche Arbeit den Erkenntnissen der WHO-Kommission für Chancengleichheit und soziale Determinanten von Gesundheit anpassen 		
<p>4. Umsetzung der WHO-Strategie für Gesundheit und Menschenrechte eingeleitet, um weltweit das Konzept von Gesundheit als Menschenrecht zu fördern; auf regionaler Ebene die Fähigkeit zur Unterstützung der Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Einbeziehung eines Menschenrechtsansatzes in gesundheitsbezogene Konzepte, Gesetze und Programme gestärkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang der bei der Umsetzung der WHO-Strategie für Gesundheit und Menschenrechte erzielten Fortschritte 	<p>WHO-Strategie für Gesundheit und Menschenrechte aufgestellt</p>	<p>Annahme der Strategie für Gesundheit und Menschenrechte durch die leitenden Organe der WHO</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

INDIKATOREN

AUSGANGSLAGE

EINZELZIELE

	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der gebündelten nationalen Partnerschaften, der zugänglich gemachten Instrumente und der angelaufenen Projekte, die den Menschenrechtsansatz mit der gesundheitlichen Entwicklung verbinden 	<p>Vier globale Instrumente für Regionen und Länder verfügbar</p>	<p>In drei Regionalbüros Instrumente und Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter vorhanden, die die Umsetzung der WHO-Strategie für Gesundheit und Menschenrechte in den Ländern ermöglichen Umsetzung der Strategie in drei Ländern jeder Region begonnen</p>
<p>5. In den Ländern, auf regionaler und globaler Ebene und innerhalb der Organisation verbesserte Fähigkeit, durch die Globalisierung bewirkte grenzüberschreitende gesundheitliche Gefährdungen zu messen, einzuschätzen und diesen Risiken entgegen zu treten, wobei der Schwerpunkt auf den Konsequenzen multi- und bilateraler Handelsabkommen für die Gesundheit der Bevölkerung liegen sollte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Fähigkeit, die gesundheitlichen Konsequenzen des Handels und der Globalisierung einzuschätzen und diesen Konsequenzen aktiv zu begegnen 	<p>Zahl der Länder mit ministeriellen Mechanismen für Handel und Gesundheit</p> <p>In den Regionen Mitarbeiterzeit für die Auseinandersetzung mit Problemen von Handel und Gesundheit vorgeesehen</p>	<p>In jeder Region vier Länder mit aktiven interministeriellen Mechanismen für Handel und Gesundheit</p> <p>In vier Regionalbüros eine Halbzeitstelle für einen Handels- und Gesundheitsbeauftragten eingerichtet</p>
<p>6. Auf den drei Ebenen der Organisation die Analyse der ethischen Aspekte von Gesundheit und Forschung unterstützt; die Länder durch Instrumente, Standards und Leitlinien für die Einbeziehung einer ethischen Analyse in die Erbringung von Gesundheitsdiensten, in Forschungsvorhaben und Public-Health-Aktivitäten unterstützt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der globalen und regionalen Programme und Aktivitäten, die in Plänen, Tätigkeiten und Produkten ethische Aspekte berücksichtigen • Umfang der von den Ländern in Gesundheitsprogramme und Gesundheitspolitik eingebauten ethischen Erwägungen 	<p>5</p> <p>Vereinzelte Themen in einigen Mitgliedstaaten aufgegriffen</p>	<p>10</p> <p>Mehr Themen in einer größeren Zahl von Ländern aufgegriffen</p>
<p>7. Verbesserte Fähigkeit der Mitgliedstaaten, Gesetze und Vorschriften für den Schutz und die Förderung der öffentlichen Gesundheit aufzustellen und umzusetzen, durch die technische Zusammenarbeit und den Informationsaustausch in den Ländern, auf regionaler und globaler Ebene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der globalen und regionalen Programme und Aktivitäten, die ein gesundheitsrechtliches Element enthalten • Umfang, in dem die Länder ihre Gesundheitsgesetzgebung den modernen Public-Health-Prioritäten entsprechend abfassen 		

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				37 651	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gesundheitsförderliche Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEITSSYSTEMPOLITIK UND LEISTUNGSERBRINGUNG

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Es wird immer offensichtlicher, dass in vielen Ländern aufgrund von Problemen der Zugänglichkeit und der Qualität der Versorgung eine Vielfalt wirksamer Maßnahmen nicht angeboten und nicht durchgeführt wird. Die von den Millenniums-Entwicklungszielen ausgehenden Impulse und das allgemein wachsende Interesse am Gesundheitssektor führten zu einer bemerkenswerten Zunahme der von internationalen Organisationen und nationalen Stellen umgesetzten krankheitsspezifischen Programmen.

Dieser Trend stellt die Gesundheitssysteme vor neue und komplexe Herausforderungen. Diese Programme bringen zwar erhebliche Neuerungen mit sich und führen auch dazu, dass verschiedene Strategien erprobt werden, um den Schutz vor konkreten Krankheiten zu verbessern, doch die für die Gesamtorganisation des Gesundheitssektors zuständigen staatlichen Einrichtungen werden nicht ausgebaut. Folglich hat es sich als notwendig erwiesen zu überlegen, wie sich das Gesundheitswesen der Länder besser planen und mit krankheitsspezifischen Initiativen verbinden lässt, wobei die staatlichen Einrichtungen dringend ihre Steuerungsfunktion erfüllen und sicherstellen müssen, dass ihr Gesundheitssystem auf den Grundsätzen der primären Gesundheitsversorgung aufbaut und die einzelnen Teile konsequent zusammenhängen.

Diese Stärkung muss auf mehreren Ebenen erfolgen. Auf der Grundsatzebene muss eine ausreichend qualifizierte Regierungsführung und Steuerungskompetenz vorhanden sein, damit die Regierungen unter den zunehmend heterogenen Bedingungen der meisten Gesundheitssysteme ihrer Steuerungsfunktion gerecht werden können. Sie müssen ihre Rolle als „Stewards“ spielen und sich den Überblick über das gesamte Gesundheitssystem erhalten. Sie müssen die öffentliche und private Erbringung gesundheitlicher Leistungen konsequent planen und regeln, sicherstellen, dass die Public-Health-Funktionen und die Gesundheitsdienste gestärkt werden, Entwicklungen aufspüren, die sich negativ auf anfällige Gruppen auswirken, und diesen Tendenzen entgegen treten.

Im Management, d. h. auf der teilstaatlichen Ebene, auf der Gebietebene und in den einzelnen Einrichtungen, muss die Kapazität massiv gestärkt werden, damit man imstande ist, die zunehmende Komplexität der Erbringung gesundheitlicher Leistungen zu handhaben und die Bemühungen um die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Verbesserung der Versorgungsqualität anzukurbeln.

Von daher ersuchen die Mitgliedstaaten die WHO in zunehmendem Maße um eine direkte Zusammenarbeit bei ihrer strategischen Politikgestaltung, um die Etablierung einer tragfähigen Grundlage für diese Grundsatzdebatten durch Beratung und Orientierungshilfe zu der Fülle der mit der Organisation des Gesundheitswesens, dem Management und der Finanzierung der Humanressourcen und den Informationssystemen für das Gesundheitswesen verbundenen Probleme. Eine solche Orientierungshilfe muss den unterschiedlichen Situationen und öffentlichen wie privaten Gesundheitssystemen angepasst werden können. In einigen Ländern geht es immer noch vor allem um die gesundheitliche Grundversorgung und deren Erfassungsgrad, während in anderen vielleicht sogar überschüssige Kapazitäten vorhanden sind und die Dienste u. U. nicht bedarfsgerecht genutzt werden. Die Aufgabe lautet deshalb, die Leistungserbringung so umzustrukturieren, dass sich Qualität und Effizienz verbessern lassen.

ZIEL

Die Verfügbarkeit, Qualität, Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz des Gesundheitswesens zu verbessern, und zwar durch eine stärkere Verzahnung mit den breiteren Public-Health-Funktionen und durch die Stärkung der politisch verantwortungsbewussten Leitung, der Organisation und des Managements der Gesundheitssysteme.

WHO- VORGABEN

Stärkung der Führungsfunktion des Gesundheitssystems und der Fähigkeit zur wirksamen Politikgestaltung in den Ländern sowie Verbesserung der Planung und Erbringung qualitativ guter gesundheitlicher Leistungen, die auf die Bedürfnisse der Abnehmer abgestimmt sind, durch einen breiteren Erfassungsgrad zur Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit beitragen und die vorhandenen Ressourcen besser nutzen.

Indikatoren

-

STRATEGISCHES VORGEHEN Stärkung der WHO-Unterstützung für die Länder bei der Ausgestaltung ihrer Politik für den Gesundheitssektor und der Durchsetzung von Veränderungen durch eine systematischere Zusammenarbeit bei der nationalen strategischen Planung, bei Gesundheitsreformen und der institutionsübergreifenden Koordination, in Zusammenarbeit mit anderen Entwicklungsorganisationen und zur Abstützung der Bemühungen um eine Verbesserung der gesundheitlichen Leistungserbringung, durch die Analyse der hemmenden Faktoren und die sachverständige Beratung im Hinblick auf innovative Strategien für die Ausweitung und Umstrukturierung des Gesundheitswesens durch die Verbesserung der Organisation und des Managements verschiedener Leistungserbringer; Beratung zu unterschiedlichen Modellen der Versorgung, die den Bedarf an integrierten Gesundheitsdiensten in allen gesundheitlichen Einrichtungen berücksichtigen und das Versorgungskontinuum der Patienten sicherstellen; Projekte, die die Einbindung von Verbrauchern und Patienten als aktive Mitspieler bei der Gesundheitssystementwicklung und der Leistungserbringung stärken, vor allem wenn es um Fragen der Versorgungsqualität und die Patientensicherheit geht; wirksame Integration der Gesundheitssystemarbeit auf einzelstaatlicher und internationaler Ebene mit krankheitsspezifischen Programmen, um eine bessere Angleichung der für die Gesundheitssystementwicklung geleisteten Unterstützung an die zielgerichteteren Anstrengungen zur Verbesserung der konkreten Durchführung bestimmter gesundheitlicher Maßnahmen zu erreichen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
<p>1. Leitlinien erarbeitet und Unterstützung geleistet, um die Fähigkeit der Länder zur landesweiten und örtlichen Politikgestaltung im Gesundheitssektor, für die Abfassung und Durchsetzung von gesetzlichen Bestimmungen, die strategische Planung, die Umsetzung von Reformen und die institutionsübergreifende Koordination zu verbessern.</p> <p>2. Strukturierten Ansatz für die Zusammenarbeit der WHO bei kritischen Untersuchungen des Gesundheitswesens in den Mitgliedstaaten entwickelt, u. a. einen Internetmechanismus für die laufende Unterstützung zur Gestaltung der Gesundheitssystempolitik; Zahl der neuen, gesicherten, wissenschaftlichen Grundsatzpapiere erhöht; Strategien für die Kompetenzverbesserung auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik verbessert.</p> <p>3. Beratung und Fachunterstützung dabei geleistet, die bevölkerungsbezogene Gesundheitspolitik und die Gesundheitssystempolitik besser aufeinander abzustimmen.</p> <p>4. Den Ländern gesicherte, wissenschaftliche Leitlinien und Fachunterstützung gestellt für die verbesserte Erbringung von Gesundheitsdiensten, die auf Qualität, Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz abheben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Länder mit niedrigem Volkseinkommen, in denen die WHO durch die direkte Zusammenarbeit bei der Umstrukturierung der Politik im Gesundheitssektor eine Schlüsselrolle gespielt hat • Zahl der Länder, die Internetmaterialien wirksam im Grundsatzdialog einsetzen • Zahl der Mitarbeiter in WHO-Länderbüros, die für die Stärkung von Gesundheitssystemen geschult wurden • Umfang der kritischen Sichtung vorbildlicher Praxisverfahren im Hinblick auf Beratung und Orientierungshilfe bei dem Bemühen, Public-Health-Aufgaben in das Gesundheitswesen einzubauen und Public-Health-Institutionen in die Arbeit einzubeziehen • Zahl der WHO-Regionen, in denen das erneuerte, auf der primären Gesundheitsversorgung basierende Rahmenkonzept für Gesundheitssysteme den Gegebenheiten angepasst wurde, und Unterstützung der Länder eingeleitet • Zahl der ersten Erfahrungen mit einer integrierten Versorgung in weniger industrialisierten Ländern 	<p>Geschätzte Zahl der Länder, die im Zeitraum 2004–2005 direkte Grundsatzunterstützung erhalten haben</p> <p>Internetmechanismus mit Grundsatzpapieren für die gesamte Organisation</p> <p>Bestehende Leitlinien für die Integration von Public-Health-Aufgaben in das Gesundheitswesen</p> <p>Vorhandene Beratungsangebote für die Anwendung des erneuerten Rahmenkonzepts für Gesundheitssysteme</p>	<p>Doppelte Anzahl von Ländern, die für ihre Gesundheitssystempolitik Unterstützung erhalten haben</p> <p>Internetmechanismus für den Grundsatzdialog in 20 Ländern in Gebrauch Doppelte Anzahl von WHO-Mitarbeitern in Länderbüros, die für die Stärkung von Gesundheitssystemen geschult wurden</p> <p>Einbindung von 20 internationalen Public-Health-Verbänden in die Arbeit; neue Ansätze für die gesundheitswissenschaftliche Fortbildung in zehn führenden Hochschulen für Gesundheitswissenschaften in Kraft</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
5. Den Ländern Orientierungshilfe und direkte Fachunterstützung geleistet für die wirksame Integration von krankheitsspezifischen Programmen in das Gesundheitswesen.	<ul style="list-style-type: none"> • Angemessenheit von Leitlinien, Normen und Instrumenten für die bessere Verbindung von krankheitsspezifischen Programmen und Gesundheitswesen 	Bestehende Strategien für die Verbindung zwischen krankheitsspezifischen Programmen und Gesundheitswesen	Rahmenkonzept für die wirksame Integration von krankheitsspezifischen Programmen in das Gesundheitswesen von den leitenden Organen der WHO angenommen; mindestens zehn Länder arbeiten mit diesem Konzept

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				124 597	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

HUMANRESSOURCEN FÜR DIE GESUNDHEIT

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Zunehmend wächst die Erkenntnis, dass die Ausweitung wichtiger gesundheitlicher Maßnahmen, die Erbringung guter Dienste und die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele eine genügende Zahl von Arbeitskräften voraussetzt, deren Qualifikationsprofil den Anforderungen entspricht, die gut ausgebildet und geschult sind und bedarfsgerecht eingesetzt und angemessen geleitet und motiviert werden. Finanzielle Ressourcen lassen sich außerdem nicht in mehr und bessere Gesundheitsdienste umsetzen, wenn die Empfängerländer sich nicht auf ein funktionierendes Fachkräftepotenzial stützen können. Ohne ein besseres Verständnis für den Stellenwert der Humanressourcen im Gesundheitssystem, kann die Reform des Gesundheitssektors weder wirksam noch nachhaltig sein. Dieses Element muss zum untrennbaren Bestandteil von Gesundheits- und Entwicklungsstrategien wie der Armutsbekämpfung und der volkswirtschaftlichen Reformen werden.

Das kritischste Problem eines Gesundheitswesens ist das Versagen des Binnenarbeitsmarktes, das die unterschiedlichsten Konsequenzen haben kann; absoluter Arbeitskräftemangel, Unterbeschäftigung und Arbeitskräfteschwemme können jeweils die Folge sein. Die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften hat erhebliche Konsequenzen für bevölkerungsmäßig kleine Länder oder Länder, deren Möglichkeiten im Gesundheitswesen begrenzt sind. Solche Probleme können die Länder nur mit Strategien angehen, die darauf abzielen, die Ausbildung der Fachkräfte besser an die Praxiserfordernisse anzupassen, die Motivation und die Produktivität der Gesundheitsfachkräfte zu verbessern, die Gründe für das Verbleiben im Beruf zu ermitteln und die Nachwuchspolitik zu verbessern. Diese Strategien müssen auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichem Zeithorizont umgesetzt werden. Auf nationaler Ebene müssen schwache Informationssysteme für Humanressourcen ausgebaut werden, und außerdem braucht man Mechanismen, die den Dialog und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ministerien, der Öffentlichkeit und dem Privatsektor erleichtern. Die Art und Weise, wie Entwicklungspartner in einem Land für die Humanressourcen im Gesundheitsbereich arbeiten, sollte besser dem Bedarf des Landes angepasst sein. Auf internationaler Ebene müssen volkswirtschaftliche Erwägungen aktive Berücksichtigung finden, d. h. es ist zu überlegen, wie sich die Wirtschaftspolitik auf das Arbeitskräftepotenzial im Gesundheitswesen auswirkt, vor allem da der Markt für Gesundheitsfachkräfte global ist. Das setzt die Entwicklung von Strategien voraus, die den IWF, die Weltbank und die WTO aktiv in die Suche nach Lösungen einbeziehen, die über die zurzeit herrschenden Denkmodelle hinausreichen.

Es sind jedoch erhebliche Investitionen erforderlich, wenn die Länder sich den Herausforderungen stellen und die notwendigen Veränderungen erreichen können sollen. Das sind zum einen Investitionen in den Ausbau der für die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsfachkräfte zuständigen Einrichtungen, zum anderen müssen die Gesundheitsministerien besser zur Handhabung der die Gesundheitsfachkräfte betreffenden Angelegenheiten befähigt werden. Im Regulierungssystem muss man besser lernen, die Qualität der Leistungserbringer zu sichern. Man muss sich mit Problemen der Verteilungsgerechtigkeit, mit geschlechtsspezifischen Anliegen, dem Qualifikationsprofil und der Verteilung der Fachkräfte auseinandersetzen und Netzwerke knüpfen, die vorbildliche Praxisverfahren weiter vermitteln und ihre Umsetzung unterstützen, und es müssen Forschungsvorhaben zur Thematik Humanressourcen für die Gesundheit gefördert werden, um die Wissensgrundlage zu verbessern.

Die Bewältigung so kritischer Praxisprobleme wie der HIV/Aids-Behandlung, die Reaktion auf epidemiologische und demographische Veränderungen und die Sicherung der Dienste in von Konflikten heimgesuchten Ländern machen es erforderlich, dass man sich gründlich einer ganzen Bandbreite von Gesundheitsfachkräften, die vom Spezialisten bis zur Betreuungsperson in Privathaushalten reicht, annimmt. Die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften sollte Systemen der Leistungserbringung wie der primären Gesundheitsversorgung angepasst sein und mit dem neue Akteure und institutionelle Vereinbarungen berücksichtigenden Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens einher gehen. Außerdem müssen die Länder Mechanismen finden, die es ihnen ermöglichen, mit der wachsenden Zahl der Akteure im gemeinnützigen und im profitorientierten Privatsektor zusammenzuarbeiten.

ZIEL

Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern durch die verstärkte Weiterentwicklung und das verbesserte Management des Gesundheitskräftepotenzials mit dem Ziel einer größeren Verteilungsgerechtigkeit, des erhöhten Erfassungsgrads, der verbesserten Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung.

WHO- VORGABEN

Beitrag zu einer wirksamen und kreativen Handhabung von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachkräfte.

Indikatoren

- Erfolgreiche Beibehaltung einer höheren Zahl von Gesundheitsfachkräften in den Ländern, deren neues Qualifikationsprofil dem gesundheitlichen Bedarf entspricht
- Verbesserte nationale Fähigkeit zur Politikgestaltung und zum Management des Gesundheitskräftepotenzials

STRATEGISCHES VORGEHEN

Entwicklung von Leitlinien und vorbildlichen Praxisverfahren für die Unterstützung der Erarbeitung und Umsetzung von Konzepten durch die Verknüpfung der Humanressourcenpolitik mit anderen Aspekten der Erbringung von Gesundheitsdiensten und der Gesundheitssystementwicklung, angefangen in den Bereichen, in denen die WHO Unterstützung leistet; Planung von Aktivitäten durch Dialog mit den Ländern; von den Ländern geleitete, lösungsorientierte Umsetzung, die sich auf bestehende Informationsprozesse und die bereits vorhandene Politikgestaltung gründet.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Orientierungshilfe und Unterstützung für die effektive Analyse, die Planung und das Management des Gesundheitskräftepotenzials in den Ländern geleistet.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die die WHO-Leitlinien für die Planung und das Management von Humanressourcen verwenden • Zahl der Länder, die evidenzbasierte Instrumente verwenden, um ihre Gesundheitsfachkräfte besser anzuwerben und zu halten 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	Mindestens 20 weitere Länder
2. Verbesserte Führung, Politikgestaltung und Kapazitäten für Public Health, Management und Forschung.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, in denen die WHO aktiv ihre institutionelle Fähigkeit zur Unterstützung der Führungskompetenz unter Beweis stellt • Zahl der zur Unterstützung von Forschungsvorhaben und Führungskompetenz im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung von Humanressourcen etablierten Netze • Funktionierendes Programm für gesundheitliche Führungskräfte 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	Mindestens 15 Länder
3. Strategien für die Verringerung der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften gefördert.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, die eine Politik und Strategien geplant haben, um die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aufzuhalten 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	In jeder Region ein weiteres Netz etabliert
4. Praktische Leitlinien und Instrumente zur Sicherung von Qualität und Relevanz der Aus- und Fortbildung in den Ländern vorhanden und in Zielländern eingesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Länder, in denen die WHO eine Bewertung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften unterstützt, darunter die Evaluation von Fortbildungsprogrammen und die kritische Überprüfung von Curricula • Zahl der Zielländer, in denen Instrumente, Leitlinien und Methoden für die Verbesserung der Qualität und der Standards der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften eingesetzt werden 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	Mindestens 25 Länder
5. Ausgebaute Einrichtungen und abgestützte Prozesse, die die Fähigkeit der Länder zur Durchführung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiete der Humanressourcen für die Gesundheit verbessern.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Einrichtungen in Entwicklungsländern mit aktiven Forschungsprogrammen auf dem Gebiet der Humanressourcen für die Gesundheit 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	20 weitere Länder
6. Wirksame Leitlinien für die Akkreditierung, Zulassung und Zertifizierung zur Unterstützung von Mechanismen und Rahmenkonzepten, die eine hochkarätige Berufsvorbereitung und Praxis von Gesundheitsfachkräften sichern, in den Ländern verfügbar und in Zielländern eingesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Zielländer mit funktionierenden Regulierungsmechanismen 	Gemäß im Jahr 2005 durchzuführenden Erhebungen	Mindestens 30 aktive Programme
7. Regionale Bündnisse und Netze mit Entwicklungspartnern, Fachverbänden und anderen Einrichtungen etabliert, um sich mit den volkswirtschaftlichen Prozessen, die einen Einfluss auf das Arbeitskräftepotenzial im Gesundheitsbereich haben, auseinander setzen zu können.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der etablierten Bündnisse und Netze 	1 globales, 0 regionale	20 Länder
			Mindestens 2 regionale Bündnisse

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				76 838	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Humanressourcen für die Gesundheit** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND SOZIALER SCHUTZ

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die Art und Weise, wie das Gesundheitssystem finanziert und strukturiert wird, ist ein wichtiger Bestimmungsfaktor für Gesundheit und Wohlergehen einer Bevölkerung. Die Finanzierung des Gesundheitswesens hat sich für viele Regierungen im Zuge ihrer Bemühungen um die Verbesserungen ihrer Gesundheitssysteme zu einer zentralen Angelegenheit entwickelt, die in Grundsatzdebatten erörtert wird, bei denen es um die Frage geht, wie die Mittel beschafft, wie sie um des Risikoausgleichs willen gepoolt und wie sie eingesetzt werden sollten, so dass die von der Bevölkerung benötigten Dienste und Programme bereit stehen. In einigen Regionen reichen die eingesetzten Ressourcen immer noch nicht aus, um die chancengerechte Zugänglichkeit der Grundversorgung und unentbehrlicher gesundheitlicher Maßnahmen zu sichern, weshalb es das wichtigste Anliegen ist, eine ausreichende und chancengerechte Beschaffung von Ressourcen für das Gesundheitswesen sicherzustellen. In manchen Ländern dieser Regionen konnten mit Hilfe externer Finanzierungsquellen die Ressourcen für ausgewählte gesundheitliche Maßnahmen in der letzten Zeit wesentlich aufgestockt werden, was dazu geführt hat, dass man sich mittlerweile stärker der Frage zuwendet, wie sich dieses erhöhte Ausgabenniveau auf die Dauer halten lässt. Unter anderen Bedingungen sind die Kosten im Gesundheitswesen explodiert, weshalb man vorrangig daran interessiert ist, den Kostenanstieg zu dämpfen, dabei zugleich aber die Qualität des Gesundheitssystems zu wahren. Kennzeichnend für viele Länder sind die Aufsplitterung der Ressourcen und passive Einkaufsmethoden, die den Leistungserbringern keine angemessenen Anreize bieten. Da eine solche Aufsplitterung auch die Möglichkeit des Subventionstransfers von den Reichen zu den Armen und von den Gesunden zu den Kranken behindert, bieten viele Finanzierungssysteme keinen ausreichenden sozialen Schutz. Alle Länder sind daran interessiert, dass die für die Gesundheit zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient genutzt und chancengerecht verteilt werden, in vielen Fällen ist die Zugänglichkeit gesundheitlicher Leistungen zwischen Stadt und Land und zwischen den Geschlechtern aber immer noch ungleich verteilt. Die Finanzierung der gesundheitlichen Ausgaben ist immer noch weitgehend von Direktzahlungen abhängig, was die Haushalte finanziell schwer und zuweilen in katastrophalem Ausmaß belastet und sie in Armut stürzen oder noch weiter verarmen lassen kann; die Länder, die hier eine Ausnahme bilden, lassen sich an einer Hand abzählen. Hinzu kommt, dass diese obligatorische Kostenbeteiligung die Menschen, und vor allem die Armen, davon abhält, die notwendigen gesundheitlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Daten- und Informationslücken hinsichtlich des Kostenniveaus und der Verteilung der Ausgaben im Gesundheitswesen behindern die Grundsatzanalyse ebenso wie die fehlenden Angaben über die Wirksamkeit, die Kosten und die Konsequenzen für die Verteilungsgerechtigkeit einer unterschiedlichen Nutzung der knappen Ressourcen. Viele Länder sind, was die Budgetierung, die Finanzplanung und das Management betrifft, noch nicht ausreichend versiert, was sie hindert, die verfügbaren Ressourcen zum Nutzen der Gesundheit optimal auszuschöpfen. Die hinsichtlich der Wirkung verschiedener Reformen der Finanzierung des Gesundheitswesens gewonnenen internationalen Erfahrungen wurden noch nicht ausreichend ausgewertet und damit den politischen Entscheidungsträgern auch noch nicht in einer für sie brauchbaren Form zugänglich gemacht. Die Aufgabe besteht demnach darin, gemeinsam mit den Ländern und den unterschiedlichen anderen Partnern, die auf dem Gebiet der Finanzierung des Gesundheitswesens arbeiten, Mittel und Wege zu finden, um an diese wichtigen Informationen heranzukommen, sie in der Grundsatzdebatte und in der Diskussion über die Umsetzung einer Politik für die Verbesserung von Gesundheitssystemen einzusetzen und die fachliche Kompetenz für die Beschaffung und Anwendung dieser Informationen aufzubauen.

ZIEL

Systeme für die Finanzierung des Gesundheitswesens zu entwickeln, die chancengerecht und effizient sind, vor finanziellen Risiken schützen, den sozialen Schutz fördern und auf Dauer tragfähig sind.

WHO- VORGABEN

Erarbeitung von Strategien für die Finanzierung des Gesundheitswesens, die sich auf die Grundsätze der Verteilungsgerechtigkeit, der Effizienz und des sozialen Schutzes sowie auf die besten verfügbaren Informationen und das beste Wissen gründen; Entwicklung der Fachkompetenz für die Erlangung von Schlüsselinformationen und für deren Einsatz zur Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitswesens und der strukturellen Gegebenheiten im Rahmen der Gesamtpolitik eines Landes.

Indikatoren

-

STRATEGISCHES VORGEHEN

Grundsatzunterstützung für die Länder in Übereinstimmung mit deren Bedarf; Entwicklung von Instrumenten, Informationen und Wissen zur Unterstützung des Grundsatzdialogs und der Politikumsetzung; Aufbau der institutionellen, organisatorischen und personellen Kompetenz in Zusammenarbeit mit den Ländern; Eröffnung von Möglichkeiten für den Austausch nationaler und internationaler Erfahrungen, von gesicherten Erkenntnissen und vorbildlichen Praxisverfahren bei der Umsetzung verschiedener Finanzierungsoptionen und Möglichkeiten der Sicherung des sozialen Schutzes; Weiterentwicklung von Partnerschaften mit internationalen und nationalen Einrichtungen sowie mit staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

1. In sich widerspruchsfreie Grundsatzoptionen, Leitlinien und Empfehlungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Sicherung des sozialen Schutzes entwickelt und in den Ländern in Anwendung gebracht.

2. Die Länder über vorbildliche Praxisverfahren hinsichtlich der Finanzierungspolitik und der Sicherung des sozialen Schutzes, der Prioritätensetzung sowie der Beschaffung wichtiger Angaben informiert und die Nutzung dieses Wissens unterstützt.

3. Schlüsselinstrumente, Informationen und Wissen als Orientierungshilfe für die Politikgestaltung und -umsetzung validiert und ihre Nutzung unterstützt.

INDIKATOREN

- Verfügbarkeit von Grundsatzoptionen und Leitlinien für Schlüsselaspekte einer Finanzierungspolitik und der Sicherung des sozialen Schutzes, für die Festsetzung von Prioritäten und für die Ermittlung von Wegen zur Verringerung der mit Direktzahlungen verbundenen Risiken
- Grad der Nutzung dieser Grundsatzoptionen, Leitlinien und Empfehlungen in den Ländern für die Verbesserung des sozialen Schutzes, der Effizienz und bzw. oder Verteilungsgerechtigkeit ihrer Systeme
- Verfügbarkeit von Grundsatzpapieren zu Schlüsselfragen der Finanzierung des Gesundheitswesens, der Sicherung des sozialen Schutzes und der Prioritätensetzung in für politische Entscheidungsträger leicht zugänglicher Form
- Erweiterte Verwendung von Grundsatzpapieren in der nationalen Grundsatzdebatte und als Orientierungshilfe bei der Umsetzung der Politik
- Verfügbarkeit praktischer Anleitungen für nationale Gesundheitsbilanzen und die Erstellung von Ressourcenprofilen; Verfügbarkeit von Instrumenten für die Darstellung und Analyse von Mechanismen für die Erhebung und das Poolen von Ressourcen und den Einkauf sowie für damit zusammenhängende Fragen der Systemstruktur, die bei der Festsetzung von Prioritäten hinsichtlich vorhandener und neuer Ressourcen und bei der Ausweitung von Schlüsselmaßnahmen, bei der Bestimmung des Umfangs und der Art finanzieller Risiken und der Kosten im Katastrophenfall sowie bei der Beurteilung von Optionen zum Abbau finanzieller Risiken und zur Ausweitung des sozialen Schutzes hilfreich sein können

AUSGANGSLAGE

14 Grundsatzpapiere zur Fragen der Finanzierungspolitik und der Sicherung des sozialen Schutzes, des Contracting, der Prioritätensetzung und der Nutzung von Kosten-Wirksamkeits-Analysen sowie der Kosten einer Ausweitung von Maßnahmen

Grundsatzpapiere werden in 10 Ländern genutzt, u. a. durch Kommissionen für Makroökonomie und Gesundheit und in ausgewählten Ländern durch ressortweite Ansätze

Acht Grundsatzpapiere liegen vor, keine vergleichenden Fallstudien über Prioritätensetzung und Rückvergütung durch Versicherungen vorhanden

Verwendung in 10 Ländern, u. a. in der Grundsatzdebatte über das finanzielle Risikopooling

Erste Fassung von Instrumenten zur Beurteilung der finanziellen Konsequenzen von Finanzierungsmechanismen, des Contracting, der den Gegebenheiten des jeweiligen Landes angepassten Prioritätensetzung, zur Einschätzung der Kosten einer Maßnahmenausweitung; keine Instrumente für die Einschätzung des nicht gesundheitsbezogenen Nutzens von Interventionen vorhanden

EINZELZIELE

Weitere 8 Grundsatzpapiere zur Fragen der Finanzierungspolitik und der Sicherung des sozialen Schutzes, des Contracting, der Prioritätensetzung und der Nutzung von Kosten-Wirksamkeits-Analysen, der Kosten einer Ausweitung von Maßnahmen sowie der nicht gesundheitsbezogenen Vorteile von Interventionen

Grundsatzpapiere, Leitlinien und Empfehlungen werden in 17 Ländern genutzt, u. a. durch Kommissionen für Makroökonomie und in ausgewählten Ländern durch ressortweite Ansätze

Vierzehn Grundsatzpapiere verfügbar. Vergleichende Fallstudien über Prioritätensetzung und Entscheidungen zur Rückvergütung durch Versicherungen

Verwendung in 17 Ländern, u. a. in der Grundsatzdebatte über das finanzielle Risikopooling und die Sicherung des sozialen Schutzes

Verbesserte Instrumente für die Erstellung von Ressourcenprofilen, die Erfassung der Wirkung von Finanzierungsmechanismen und Direktzahlungen, des Contracting, einer den Gegebenheiten des jeweiligen Landes angepassten Prioritätensetzung und für die Einschätzung der Kosten einer Maßnahmenausweitung; ein neues Instrument für die Einschätzung des nicht gesundheitsbezogenen Nutzens von Interventionen vorhanden

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

INDIKATOREN

AUSGANGSLAGE

EINZELZIELE

<p>4. Verbesserte Fähigkeit der Länder, Informationen einzuholen und diese für die Ausarbeitung von Plänen und Konzepten sowie als Orientierungshilfe bei Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitssystems und des sozialen Schutzes zu verwenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Nutzung von Instrumenten, Leitlinien und Wissen in den Ländern • Zahl der Länder oder Regionen, die von Fortbildungsprogrammen profitieren, die in Zusammenarbeit mit Partnern durchgeführt werden und den Gebrauch von Instrumenten und Leitlinien, die Resultatanalyse und den sich anschließenden Grundsatzdialog zum Thema haben • Arbeitende Verbände von Fachexperten für die Prioritätensetzung, die Kostenkalkulation und die Kostenwirksamkeit etabliert 	<p>Nutzung von Instrumenten für die Erstellung von Ressourcenprofilen, die Berechnung der den Haushalten entstehenden finanziellen Risiken, für die Finanzierung und das Contracting in 20 Ländern; eine den Gegebenheiten des jeweiligen Landes angepasste Prioritätensetzung in 4 Ländern durchgeführt; integriertes Kostenberechnungsinstrument in 4 Ländern angewendet; Datenbank verfügbar über die Wirksamkeit und die Kosten von 300 Maßnahmen; keine Einschätzung des nicht gesundheitsbezogenen Nutzens vorhanden; jährlicher Kurzbericht über die verhältnismäßige Aufteilung der Gesundheitsausgaben</p> <p>Fortbildungskurse zum Thema nationale Gesundheitsbilanzen, Prioritätensetzung, Kostenkalkulation und katastrophenbedingte Ausgaben in 2 Regionen pro Jahr; Fortbildungskurse zum Thema Konsequenzen bestimmter Finanzierungsmodelle des Gesundheitswesens und des Contracting in 5 Ländern angeboten</p> <p>Zwei arbeitende Verbände zur Thematik nationale Gesundheitsbilanzen</p>	<p>Nutzung von Instrumenten für die Erstellung von Ressourcenprofilen, die Berechnung der den Haushalten entstehenden finanziellen Risiken, für die Finanzierung und das Contracting in 30 Ländern; eine den Gegebenheiten des jeweiligen Landes angepasste Prioritätensetzung in 12 Ländern durchgeführt; integriertes Kostenberechnungsinstrument in 12 Ländern angewendet; Datenbank verfügbar über die Wirksamkeit und die Kosten von 400 Maßnahmen; Einschätzungen des nicht gesundheitsbezogenen Nutzens für 6 Länder vorhanden; jährlicher Kurzbericht über die verhältnismäßige Aufteilung der Gesundheitsausgaben</p> <p>Neue Fortbildungskurse zum Thema nationale Gesundheitsbilanzen, Prioritätensetzung, Kostenkalkulation, Risikoschutz und katastrophenbedingte Ausgaben in 2 Regionen pro Jahr; Fortbildungskurse zum Thema Konsequenzen bestimmter Finanzierungsmodelle des Gesundheitswesens und des Contracting in 8 Ländern angeboten</p> <p>Mindestens ein arbeitender Verbund zur Thematik Kostenkalkulation, Kostenwirksamkeit und Finanzierungspolitik mit Beteiligung aller Regionen</p>
--	--	--	---

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				40 109	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

GESUNDHEITSINFORMATION, EVIDENZ UND FORSCHUNGSPOLITIK

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Fundierte Gesundheitsinformationen bilden die unentbehrliche Grundlage von Gesundheitsprogrammen, die innerhalb einer Bevölkerungsgruppe und unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen eine größere gesundheitliche Chancengleichheit fördern sollen. In vielen Ländern, und hier insbesondere in den durch Krankheiten am stärksten belasteten Ländern, gibt es nicht einmal Grundsysteme für die Zählung von Geburten und Sterbefällen, die Ermittlung von Todesursachen, die laufende Beobachtung des Gesundheitszustands oder die Verfolgung der Nutzung und Wirksamkeit von Programmen. Programmplanern und -leitern fehlen die für eine effektive Nutzung von Ressourcen erforderlichen Informationen, und zugleich werden sie von externen Stellen bestürmt, Angaben für die laufende Überwachung ihrer Mittelverwendung zu liefern. Der Aufbau von Gesundheitsinformationssystemen ist dringend reformbedürftig und muss zudem gestärkt werden, u. a. durch Erhebungen, Personenstandserfassung, Surveillance und Dienstleistungsstatistiken in einer gemeinsamen Anstrengung von Gesundheitswissenschaftlern und Statistikern, die dem Bedarf von Planern und Managern sowie den Ansprüchen der Geber auf Landesebene und weltweit gerecht werden kann. Die WHO wird in diesem Prozess eine wichtige Koordinierungsfunktion und im Hinblick auf die inhaltliche Seite der Arbeit und ihre praktische Gestaltung eine Schlüsselrolle übernehmen, was auch die Berichterstattung über die Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele beinhaltet.

Die WHO hat den Satzungsauftrag, internationale Klassifikationen für Krankheiten, Todesursachen und andere Public-Health-Parameter festzulegen und diese gegebenenfalls zu überarbeiten. Die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* und die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* sind die beiden Hauptreferenzklassifikationen. Die wichtigsten Aufgaben bestehen darin, die Zugänglichkeit der Klassifikationen und ihre Nutzung vor allem in Entwicklungsländern zu verbessern und in enger Zusammenarbeit mit WHO-Kooperationszentren Überarbeitungen vorzunehmen.

Gesundheitsinformationen und fundiertes Faktenmaterial sollten für die Ressourcenverteilung und die Ausrichtung von Gesundheitsprogrammen in den Mitgliedsländern wie auf regionaler und globaler Ebene bestimmend sein. Die WHO hat die einzigartige Rolle, Wissen und fundiertes Faktenmaterial zu gesundheitlichen Fragen zuwege zu bringen, u. a. auch vergleichende und analytische Berichte zu veröffentlichen und Mehrländerstudien zu wichtigen Public-Health-Themen zu fördern. Bisher hat man bei dem Versuch, im breiteren Zusammenhang des Aufbaus von Gesundheitssystemen das vorhandene und neue Wissen schnell in die Praxis umzusetzen, noch versagt, was die Gesundheitswissenschaftler vor eine große Herausforderung stellt. Es muss gegen die Chancenungerechtigkeit vorgegangen werden, die im Hinblick auf die Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen und Gesundheitswissen besteht, wobei sicherzustellen ist, dass das aus der Forschung hergeleitete Wissen zugänglich ist, verbreitet und von den Wissenschaftlern und den Nutznießern der Forschung geteilt wird.

Wenn man in diesem Sinne tätig werden will, braucht man eine starke nationale Gesundheitssystemforschung, die sich auf ein für diese Forschung und die Zusammenarbeit mit der regionalen und globalen Systemforschung förderliches und anregendes Umfeld gründet. Durch die engen Wechselbeziehungen, das gemeinsame Lernen und die Integration im Gesundheitssystem ermöglicht das Instrument Gesundheitsforschung es den Ländern, das Gesundheitswesen effizient zu analysieren, seine Funktionsweise zu verstehen und es funktionieren zu lassen. Ein wirksames und rechenschaftspflichtiges Gesundheitssystem muss u. a. die Möglichkeit bieten, Forschungserkenntnisse mit Gesundheitspolitik zu verknüpfen, gesicherte Erkenntnisse in den Praxisalltag der Erbringer gesundheitlicher Leistungen einfließen zu lassen und für die Forschungsvorhaben die Unterstützung und Teilnahme der Bevölkerung zu gewinnen.

Auf die Verbesserung des Gesundheitswesens ausgerichtete Forschung zeigt, wie sich Wissen umsetzen und für den Aufbau besserer Gesundheitssysteme verwenden lässt, doch handelt es sich dabei verglichen mit den Rieseninvestitionen in die biomedizinische und klinische Forschung um ein vergleichsweise vernachlässigtes Feld. Dieses Ungleichgewicht muss korrigiert werden, damit die wissenschaftlichen Erkenntnisse wirksam für eine Politik zur Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit genutzt werden können. Die WHO wird dabei eine führende Rolle übernehmen in enger Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, die sich mit Gesundheitsforschung befassen, wie z. B. dem Council on Health Research for Development und dem Global Forum for Health Research. Die WHO wird in den Ländern auch ihren Teil zum Ausbau von Institutionen beitragen, z. B. durch ihr Netz der Kooperationszentren, und sie wird eine breitere, multisektorale und disziplinübergreifende Auffassung von Gesundheitsforschung fördern, die auch Sozialwissenschaften wie Volkswirtschaft, Demographie und Verhaltenswissenschaften einschließt.

ZIEL

Das Gesundheitssystemen innewohnende Potenzial, auf der Grundlage fundierter Informationen und gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse Gesundheit verbessern und auf gesundheitliche Bedürfnisse chancengerecht, wirksam und effizient eingehen zu können, zu maximieren.

WHO-VORGABEN

Verbesserung der Verfügbarkeit, Qualität und Nutzung von Gesundheitsinformationen auf Länderebene, Verbesserung der Evidenzgrundlage auf regionaler und globaler Ebene, um die laufende Beobachtung und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu ermöglichen; Weiterentwicklung der Gesundheitssystemforschung, Aufbau von Forschungskompetenz und Nutzung von Forschungserkenntnissen für die Stärkung nationaler Gesundheitssysteme.

Indikatoren

- Erstellung und Nutzung genauer und aktueller Gesundheitsinformationen in den Ländern
- Fähigkeit der Länder, über wichtige, auf die Millenniums-Entwicklungsziele bezogene gesundheitliche Indikatoren zu berichten
- Umfang der zur Schließung der Finanzierungslücke beschafften Ressourcen
- Chancengleichheit des Zugangs zu Wissen und Gesundheitsinformationen

STRATEGISCHES VORGEHEN

Unterstützung der Reform und des Ausbaus von Gesundheitsinformationssystemen in den Ländern mit Schwerpunkt auf der teilnationalen Ebene, Datennutzung sowie Entwicklung und Umsetzung von vor Ort relevanten Instrumenten; Entwicklung und Ausweitung der Evidenzgrundlage für Gesundheitssysteme durch Festigung und Veröffentlichung der vorliegenden gesicherten Erkenntnisse und Erleichterung der Wissensschöpfung in vorrangigen Bereichen; globale Überzeugungsarbeit und Förderung der Gesundheitsforschung für den Aufbau besserer Gesundheitssysteme; Dialog und Koordination mit interessierten Partnern auf nationaler, regionaler und globaler Ebene zur Weiterentwicklung einschlägiger Aktivitäten und Initiativen; Pflege der Zusammenarbeit zwischen Ländern und Regionen für die Förderung von Forschung und Wissensvermittlung; auf Grundsatzfragen ausgerichtete, fachliche und analytische Aktivitäten in den Ländern zur Stärkung der Gesundheitsforschung und ihrer Bezüge zum Gesundheitswesen auf nationaler und nachgeordneter Ebene; Festsetzung von ethischen Normen für die Gesundheitsforschung; verbesserter Zugang der Laienöffentlichkeit zu vorhandenem Wissen und bessere Wissensvermittlung an die Öffentlichkeit, um dem Recht auf bessere Gesundheit Substanz zu verleihen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

1. In den Ländern ausgebaute und reformierte Gesundheitsinformationssysteme, die hochkarätige und aktuelle, für örtliche Gesundheitsprobleme und Programme und für das Monitoring wichtiger internationaler Ziele relevante Informationen liefern.

2. Besseres Wissen und gesicherte Erkenntnisse für Entscheidungen im Gesundheitsbereich durch Festigung und Veröffentlichung der vorhandenen gesicherten Erkenntnisse und Erleichterung der Wissensschöpfung in vorrangigen Bereichen.

INDIKATOREN

- Zahl der Länder mit angemessenen, internationalen Standards entsprechenden Gesundheitsinformationssystemen
- Zahl der Länder, die bestimmte Materialien und Instrumente ihren Gegebenheiten anpassen oder benutzen, z. B. die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* und die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* sowie Berichte zum Gesundheitszustand und Gesundheitssystemanalysen
- WHO-Datenbank von gesundheitlichen Kernindikatoren mit Metadaten, deren Schwerpunkt auf den gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungszielen liegt
- Zahl der Bereiche, in denen durch die Arbeit der WHO neue gesicherte Erkenntnisse gewonnen wurden, die Einfluss auf die Umgestaltung von Gesundheitsprogrammen oder die Bestätigung existierender Prioritäten haben können

AUSGANGSLAGE

Zahl der Länder, die zurzeit dem Standard entsprechen

Zahl der Länder, die zurzeit bestimmte Materialien und Instrumente nutzen

Teilweise harmonisierte Datenbanken in Regionalbüros und im Hauptbüro

Zahl der Schlüsselbereiche, in denen die WHO durch die Festigung oder Beschaffung gesicherter Erkenntnisse neue fundierte Erkenntnisse zuwege bringen muss

EINZELZIELE

25 weitere Länder, die bei der Erreichung des Standards für ein tragfähiges Gesundheitsinformationssystem wesentliche Fortschritte machen

Mindestens zehn weitere Länder, die bestimmte Materialien und Instrumente nutzen

Harmonisierte und einheitliche hochkarätige Datenbanken mit Metadaten vorhanden und gut genutzt

Alle vorrangigen Bereiche z. B. durch analytische Berichte oder vergleichende Analysen abgedeckt

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE

3. Gestärkte nationale Gesundheitsforschung für Gesundheitssystementwicklung im Rahmen regionaler und internationaler Forschungsvorhaben und Einbeziehung der Zivilgesellschaft, von WHO-Programmen und -Initiativen in Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Gesundheitssystementwicklung und des Zugangs zu sowie der Nutzung von Wissen auf der Grundlage strategischer Prioritäten wirksam entwickelt und umgesetzt.

4. Von der WHO geleitete Netze und Partnerschaften etabliert, die eine verbesserte internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsforschung bedeuten, einschließlich eines effektiven ACHR auf globaler und regionaler Ebene, WHO-Kooperationszentren und aus Sachverständigen bestehenden Beratergremien.

5. Leitlinien und Standards festgelegt, die die Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Gesundheitsforschung sichern und vorbildliche Praxisverfahren innerhalb der WHO bekannt gemacht.

INDIKATOREN

- Zahl der Zielländer und Kooperationspartner, die WHO-Leitlinien und -Instrumente für die Analyse und die qualitative Verbesserung der nationalen Gesundheitssystemforschung nutzen oder ihren Gegebenheiten anpassen
- Verfügbarkeit von Kernprioritäten der WHO für die Gesundheitssystemforschung
- Wirksamkeit des globalen WHO-Forschungsprogramms für die Gesundheitssystementwicklung
- Initiative für die verbesserte Fähigkeit der Länder, ihre Forschung zu konsolidieren
- Funktionsfähige Mechanismen wie das Partner-Forum für die Förderung starker Partnerschaften und von Synergiewirkungen zwischen Schlüsselorganisationen auf globaler Ebene
- Reichweite des Verbunds der nationalen Sonderarbeitsgruppen für Gesundheitssystemforschung, die auf globaler und regionaler Ebene und in den Ländern eng mit WHO-Ansprechpartnern zusammenarbeiten
- Umfang der vernetzten Zusammenarbeit von WHO-Kooperationszentren auf vorrangigen Gebieten
- Wirksamkeit und Wirkung des WHO-Konzepts für Kooperationszentren
- Umfang der Harmonisierung von ethischen Verfahrensregeln im Hauptbüro und in den Regionalbüros

AUSGANGSLAGE

10 bis 15 Entwicklungsländer, die ihre Strategien für den Ausbau der nationalen Gesundheitssystemforschung anhand von WHO-Leitlinien und -Instrumenten aktualisiert haben

Rahmenentwurf der Prioritäten

Programmwurf

Keine koordinierte Initiative vorhanden

Mindestmaß an Koordination, unabhängige Tätigkeiten

10 bis 15 nationale Sonderarbeitsgruppen für Gesundheitssystemforschung in Zielländern eingerichtet

Mehrere Netze auf vorrangigen Gebieten

Neues Konzept im Entwurf von allen Regionen akzeptiert

Standardisierte ethische Verfahrensregeln im Hauptbüro festgelegt

EINZELZIELE

10 bis 25 weitere Entwicklungsländer, die ihre Strategie für Gesundheitsforschung aktualisieren und sich dabei der WHO-Instrumente bedienen

Endgültige Liste der Prioritäten

Programm in allen Regionen lanciert und umgesetzt

Initiative in ausgewählten Ländern umgesetzt

Wirksame Partnerschaftsmechanismen und Koordination der Aktivitäten von Schlüsselorganisationen

10 bis 20 zusätzliche nationale Sonderarbeitsgruppen für Gesundheitssystemforschung in Zielländern aufgebaut

Eine größere Zahl von Netzen auf vorrangigen Gebieten

Neues Konzept voll umgesetzt

Ethische Verfahrensregeln im Hauptbüro und in den Regionen harmonisiert

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				55 744	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

KATASTROPHENSCHUTZ

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>In über 40 Ländern ist die Bevölkerung heute von Krisensituationen betroffen. Über zwei Milliarden Menschen sind durch den Zusammenbruch oder die Überforderung der Lebensmittel- und Wasserversorgung, der Abwasserentsorgung und der Gesundheits- und Sicherheitssysteme bedroht. Naturkatastrophen haben markant zugenommen, betroffen sind nach Schätzungen 608 Millionen Menschen. Wetterbedingte Katastrophen sind im Anstieg begriffen. Im Jahr 2003 gab es weltweit 10 Millionen Flüchtlinge und 25 Millionen Vertriebene im eigenen Land.</p> <p>Das Streben nach einer Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele kann nur gelingen, wenn den Gesundheitsaspekten dieser Krisen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Schwache Bevölkerungsgruppen sind am stärksten bedrängt, da ihre Bewältigungsmechanismen bereits geschwächt sind. Aber die Hauptursachen für Leiden und Tod sind Erkrankungen – die erst durch die Krisenumstände wirklich gefährlich werden – und der Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitswesens.</p> <p>Die Weltgesundheitsversammlung hatte die WHO gebeten, eine Reihe von Schritten zur Stärkung von Notfallbereitschaft, Katastropheneindämmung, Notfallhilfe und humanitären Maßnahmen zu unternehmen¹ und hat sie kürzlich auch gebeten, die Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf Katastrophenschutzpläne zu unterstützen.²</p> <p>Die WHO spielt daher eine Schlüsselrolle bei der Sicherung angemessener Katastrophenschutzprogramme, verlässlicher Bedarfsbewertung und -analyse und wirksamer, koordinierter Gegenmaßnahmen auf die Gesundheitsaspekte von Krisen. Im Rahmen der Vereinten Nationen konzentriert sich die WHO auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Menschen und übernimmt diese Rolle bei Überzeugungsarbeit, Mobilisierung von Ressourcen und unmittelbaren, lebensrettenden Maßnahmen. Diese Arbeit wird im Verein mit nationalen Behörden, nichtstaatlichen Organisationen, VN-Organisationen und Entwicklungsbanken ausgeführt.</p> <p>Die WHO trägt entscheidend zur Reparatur und Wiederherstellung der örtlichen Gesundheitssysteme bei, schafft Verbindungen zu Hilfe von außerhalb und konzentriert sich dabei auf die Verminderung der Anfälligkeit und die Förderung der Gerechtigkeit. Sie hilft auch dabei, schwache Teile der Gesundheitssysteme zu erkennen und für ihre umgehende Stärkung zu sorgen.</p> <p>Die Vorhersage der erforderlichen und verfügbaren Ressourcen erfolgt auf der Grundlage vergangener Trends. Unter Berücksichtigung des Betrags, um den die WHO im Haushaltszeitraum im Rahmen der konsolidierten und der Ad-hoc-Anträge der Vereinten Nationen bitten wird, und der finanziellen Unterstützung eines Leistungssteigerungsprogramms wird erwartet, dass außerplanmäßige Mittel in Höhe von 175 Millionen US-\$ mobilisiert werden können. Die im Haushalt veranschlagten 106,8 Millionen US-\$ spiegeln nur solche Ausgaben wider, die mit einer gewissen Sicherheit global vorhersagbar sind. Es nicht möglich vorherzusagen, in welchen Regionen die verbleibenden 68,2 Millionen US-\$ ausgegeben werden.</p>
ZIEL	Den vermeidbaren Verlust an Leben und die Belastung durch Krankheit und Behinderung der von Krisen, Notständen und Katastrophen betroffenen Bevölkerungen vermindern, die Gesundheit in der Nachkrisenzeit optimieren und zu Wiederaufbau und Entwicklung beitragen.
WHO- VORGABEN	<p>Grundsatzmaßnahmen, Programme und Partnerschaften entwickeln, die die Fähigkeit stärken, sich auf Gesundheitsgefährdungen in Krisen vorzubereiten und auf diese zu reagieren und sie zu mildern und zu Wiederaufbau und Entwicklung beizutragen.</p> <p><i>Indikator</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Angemessenheit der nationalen Katastropheneindämmungspolitik und der Pläne für Gegenmaßnahmen und Erholung
STRATEGISCHES VORGEHEN	Errichten und Operationalisieren eines Systems zur Leistungssteigerung der WHO unter Einbeziehung gestärkter humaner und materieller Kapazitäten auf Länderebene, Ausbau des institutionellen Wissens und Könnens durch Leistungsüberwachung und Fachbeistand und Mechanismen für engagierte Sofortmaßnahmen in allen Mitgliedstaaten, bei den WHO-Länderbüros mit Unterstützung der Regionalbüros, beim Hauptbüro und in den WHO-Kooperationszentren.

¹ Resolution WHA48.2.

² Resolution WHA55.16.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
<p>1. Gestärkte operationelle Präsenz in den Ländern für die Kooperation mit den Mitgliedstaaten und den Akteuren bei den Vorbereitungen und Gegenmaßnahmen im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Aspekten von Krisen und bei der Formulierung und Umsetzung von Grundsatzmaßnahmen der Wiederherstellung, Wiedereingliederung und Milderung.</p> <p>2. Globale Synergieeffekte und lokale Wirksamkeit durch verbesserte interne und externe Koordinierungsmechanismen bei fachlichen, administrativen und logistischen Fragen, Leistungsüberwachung und Aufbau von institutionellem Wissen und Können, das die Mitgliedstaaten und Akteure dazu befähigt, die erforderlichen Maßnahmen in den unterschiedlichen Krisenstadien zu leisten.</p> <p>3. Für schnelle und zuverlässige Gegenmaßnahmen mobilisierte Ressourcen und errichtete Systeme, die die Gesundheitsprioritäten der Bevölkerungen betonen, die von Naturkatastrophen, komplexen Notständen und verschleppten Krisen betroffen sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Länder, die über Katastrophenschutz- und -eindämmungsprogramme verfügen • Anzahl der WHO-Länderbüros, die die vereinbarten Leistungsnormen für Gesundheitsmaßnahmen in Krisen erfüllen • Prozentueller Anteil der Krisen, in denen Katastrophenschutzmaßnahmen entsprechend vereinbarter Niveaus ergriffen wurden • Anzahl der Gesundheitsbulletins, Leitlinien und Fachveröffentlichungen, die in allen Gebieten erstellt, aktualisiert und verbreitet werden, in denen die WHO bei Krisen Standardleistungen erbringt • Bereitgestellte Ressourcen für ein sachgerechtes Streben nach den in Krisen meist vordringlichen Ergebnissen des Gesundheitssektors 		

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				105 498	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Katastrophenschutz** wird auch durch die in anderen Arbeitsbereichen angestrebten Ergebnisse unterstützt, wie unten angeführt.

Arbeitsbereich(e)	Angestrebte(s) Ergebnis(se)

KERNPRÄSENZ DER WHO IN DEN LÄNDERN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Der Zweck der Länderpräsenz der WHO ist es, die gesamte Organisation für die Unterstützung beim Erreichen nationaler Gesundheits- und Entwicklungsziele zu mobilisieren und den Ländern größeren Einfluss auf globale und regionale Public-Health-Maßnahmen zu ermöglichen. Ihre Präsenz ermöglicht es der WHO, die Erfahrungen einzelner Länder für den Aufbau eines Public-Health-Wissenskorpus zu nutzen, von dem auch alle anderen Länder profitieren. Verschiedene Untersuchungen haben einige Sorgenbereiche der fachlichen Zusammenarbeit der WHO auf Länderebene bezeichnet, u. a. uneinheitliche Fortschritte in vorrangigen Bereichen, mangelhafte Koordinierung mit der Arbeit anderer VN-Organisationen und internationaler Organisationen im Bereich Gesundheit, Notwendigkeit größerer Anstrengungen zur Mobilisierung außerplanmäßiger Mittel und Unklarheiten bei Funktion und Stellung von WHO-Repräsentanten und Länderreferenten. Außerdem hat die WHO es nicht immer vermocht, konzentriert und koordiniert als „eine WHO“ auf die spezifischen Bedürfnisse der Länder zu reagieren.

Die WHO-Initiative Länderschwerpunkt zielt darauf, die Erfordernisse der Länder im Bereich Gesundheit in den Mittelpunkt der Arbeit der WHO zu rücken, indem die WHO-Länderbüros unter der Leitung eines WHO-Repräsentanten oder Länderreferenten gestärkt werden. Dies erfordert eine klare, länderspezifische Strategieagenda, die den Beitrag der WHO zu Mechanismen in den Bereichen nationale Gesundheit und Koordinierung von Entwicklung ebenso darlegt wie den Beitrag des Landes zu internationalen Foren und Mechanismen. Obwohl die WHO-Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern jetzt gut eingeführt ist, bleibt noch mehr zu tun, um Konzentration und Selektivität gemäß der Kernfunktionen der WHO sicherzustellen, die volle Unterstützung der gesamten Organisation zu erreichen, die WHO-Präsenz an die Anforderungen der Strategieagenda anzupassen und die Agenda in nur einen Länderplan und einen Haushalt, eine Mittelvergabe und einen Betrieb umzusetzen.

Die Erfordernisse der Länder im Bereich Gesundheit in den Mittelpunkt der Arbeit der WHO zu rücken erfordert auch in jeder Hinsicht die Erhaltung und Stärkung der Länderperspektive bei Grundsatzarbeit, Repräsentanz, Fachfragen und Management. Ein gemeinsames Verständnis der Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Teile der WHO und eine bessere Kommunikation sind für eine größere Durchschlagskraft der WHO-Arbeit auf Länderebene entscheidend. WHO-Repräsentanten und Länderreferenten benötigen größere Befugnisse und eine stärkere Rechenschaftspflicht und sie müssen wesentlich in die Gestaltung der Grundsatzüberlegungen und Strategien der WHO einbezogen werden. Starke Teams aus Sachverständigen und Verwaltung bedürfen einer wirksameren Auffangfunktion von Regionalbüros und Hauptbüro gemäß der spezifischen Länderbedürfnisse.

Außerdem muss sich die strategische Konzentration auf eine Stärkung der WHO-Arbeit auf Länderebene auch auf die Funktionsweise der gesamten Organisation auswirken. Dies erfordert eine Anpassung der Art und Weise, wie das Land, die Region und das Hauptbüro Dringlichkeiten festlegen, Mittel zuweisen und den Betrieb organisieren.

ZIEL

Die Mitgliedstaaten beim Erreichen ihrer nationalen Gesundheits- und Entwicklungsziele zu unterstützen und zur Erfüllung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele beizutragen, indem die Länderpräsenz der WHO in den Ländern gestärkt wird.

WHO- VORGABEN

Relevanz und Wirksamkeit der Arbeit der Organisation und ihre Verantwortlichkeit gegenüber der Mitgliedschaft sicherzustellen, indem die Länderpräsenz der WHO nach dem Kontext jedes Landes ausgerichtet wird, fachliche und finanzielle Ressourcen entsprechend zugewiesen werden und die WHO sich bei ihrer Grundsatzarbeit, Fachunterstützung und Anwaltschaft von Beiträgen des Landes leiten lässt.

Indikator

- Anzahl Länder, in denen die Organisation ihre Arbeitspläne angepasst und ihre Ressourcen neu zugewiesen hat, um die in der Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern festgelegten vorrangigen Themen mit gestärkter Länderpräsenz in Angriff zu nehmen

STRATEGISCHES VORGEHEN Weiterentwicklung, Überprüfung und Umsetzung der WHO-Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern, wobei sichergestellt wird, dass sie als Grundlage und wichtigster Beitrag für die Länderpläne und -haushalte der WHO dient; Ausführung der WHO-Kernfunktionen durch angemessene Kernpräsenz in den Ländern; Stärkung des Managements und der fachlichen und administrativen Kapazitäten der Länderteams; Ausnutzen des Könnens der gesamten Organisation in einem einzigen Länderplan und -haushalt, der die Länderteams schlagkräftig macht; Erleichterung von Kommunikation und Dialog zwischen den Ebenen und Fachgebieten der Organisation und Verfolgen der Ergebnisse der Konzentration der WHO auf die Länder; Förderung strategischer Partnerschaften und Koordinierung der Beiträge von außerhalb zur Unterstützung der nationalen Gesundheitsentwicklung.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
<p>1. Deutlich mit den nationalen Strategien und Plänen verbundene WHO-Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern; aufgestellt im Rahmen solcher Mechanismen wie der Gemeinsamen Länderbewertung und dem Entwicklungshilferahmen der Vereinten Nationen und dabei auf die Koordinierung zwischen Partnerorganisationen aufbauend und zu ihnen beitragend; voll in die Managementprozesse der WHO integriert, sodass sich die operationelle Planung und die Zuwendung von Mitteln von ihnen leiten lassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Länder mit WHO-Präsenz oder Programmen, die über eine aktualisierte WHO-Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern und einen einzigen damit verbundenen Plan und Haushalt verfügen, der die ordentlichen und freiwilligen Beiträge enthält • Wirksamkeit der angewendeten Sicherungsmechanismen für die Verwendung der Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern als entscheidender Beitrag für die Vorbereitung des Programmhaushalts einschließlich aller Ressourcen und Arbeitspläne auf allen Ebenen 	<p>25% der Länder mit WHO-Präsenz</p> <p>Wirksamer Einsatz von Mechanismen zwischen den drei Ebenen der WHO</p>	<p>75% der Länder mit WHO-Präsenz</p> <p>Einsatz von wirksamen Mechanismen</p>
<p>2. Angemessene Kernpräsenz und -kapazität der WHO in den Ländern bei besonderer Konzentration auf die Fähigkeit der WHO-Repräsentanten und der Länderreferenten zur Ausführung ihrer beratenden, vermittelnden und katalytischen Funktionen für die WHO auf Länderebene und zu direkter operationeller Hilfe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angemessenheit der Kernpräsenz der WHO in den Ländern und der Kapazitäten auf den Gebieten von Fachfragen, Management und Administration einschließlich der Fähigkeit der WHO-Repräsentanten und Länderreferenten und Eignung von Managementsystemen, Infrastruktur und Logistik auf Länderebene 	<p>Lagebewertungen der WHO-Präsenz aus den Jahren 2004 und 2005 in Ländern, in denen eine Kooperationsstrategie durchgängig verfolgt und gemäß festgelegten Leitlinien vollendet wurde</p>	<p>Zufriedenstellende Ausführung der Empfehlungen aus Bewertungen in den Jahren 2004, 2005 und 2006 in Ländern, in denen eine Kooperationsstrategie vollendet wurde</p>
<p>3. Systematische und dauerhafte Beteiligung der Bediensteten des WHO-Länderbüros an der Formulierung globaler Konzepte und Strategien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung der WHO-Repräsentanten und andere Bediensteter des WHO-Länderbüros an Beiträgen oder Engagement in Bezugsgruppen und anderen Konsultationsmechanismen 	<p>Beitrag der Bediensteten des Länderbüros zu Bezugsgruppen und anderen Konsultationsmechanismen in den Jahren 2004 und 2005</p>	<p>Aufforderung an alle Länderbüros zu größerer Beteiligung an organisationsweiten Konsultationen</p>
<p>4. Regelmäßiges Verfolgen der Formulierung und Umsetzung der Initiative Länderschwerpunkt der WHO einschließlich des Verständnisses der Rollen und Zuständigkeiten in der gesamten WHO und die Umverteilung der Ressourcen in Richtung Regional- und Länderbüros unter Beteiligung aller Regionalbüros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Informationen des WHO-Managements über die Initiative Länderschwerpunkt einschließlich einer Reihe Kerndaten zur Ressourcenzuweisung in der gesamten WHO • Wirksames Netz aus Einheiten zur Länderunterstützung unter Beteiligung der drei Ebenen der Organisation 	<p>Vernetztes Monitoringssystem in allen Regionalbüros und im Hauptbüro im Einsatz (Ende 2005)</p> <p>Wirksame Einheiten zur Länderunterstützung im Einsatz</p>	<p>Angemessen funktionierendes Management-Informationssystem und Verbreitung der Ergebnisse in der gesamten Organisation</p> <p>Stabile, wirksame, funktionierende Einheiten zur Länderunterstützung</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
5. Länderbüros in der Praxis als Schaltzentralen in den Ländern akzeptiert, die den zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlichen Fachbeistand erhalten.	<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit der WHO-Repräsentanten und Länderreferenten mit dem Fachbeistand für ihre Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern aus Regionalbüros und Hauptbüro Anzahl Beschwerden beim Hauptbüro über ungeplante Aktivitäten oder Einsätze aus dem Hauptbüro oder den Regionalbüros 	<p>Ergebnisse der ersten qualitativen Untersuchung der Zufriedenheit der WHO-Repräsentanten und der Länderreferenten (Ende 2005)</p> <p>Anzahl Beschwerden von WHO-Repräsentanten und Länderreferenten</p>	<p>Zunahme der Zufriedenheit unter WHO-Repräsentanten und Länderreferenten um 25%</p> <p>Keine Beschwerden von WHO-Repräsentanten und Länderreferenten</p>

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				197 829	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Die Kernpräsenz der WHO in den Ländern ermöglicht es der Organisation, den Ländern wirksam Fachbeistand zu leisten. Da dieser Arbeitsbereich praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

WISSENSMANAGEMENT UND INFORMATIONSTECHNIK

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die WHO war von Anfang an eine Wissensorganisation und hat in den letzten Jahren in dem Bemühen, sich zur Förderung einer besseren Gesundheit in den Mitgliedstaaten auf eine bessere interne und externe Nutzung dieses Wissensfundus umzustellen, große Fortschritte gemacht. Management von Wissen heißt, die wirksamsten Mittel und Wege zu nutzen, um Wissen zu schaffen, den Wissensschatz einer Organisation mit anderen zu teilen und anzuwenden und dafür zu sorgen, dass die Organisationskultur dies unterstützt und die dafür erforderlichen Prozesse und Instrumente zur Verfügung stehen. Ein die gesamte Organisation umfassendes Konzept wird es der WHO ermöglichen, in die öffentliche Gesundheit betreffenden Angelegenheiten ihre Position als autoritative Informations- und Wissensquelle für ganz unterschiedliche Zielgruppen zu halten. Dieses Vorgehen liefert einen Rahmen, in dem sich Wissens Elemente der verschiedensten Art und in der jeweils geeigneten Medienform (Information, individuelle und kollektive Erfahrungen, Sachkenntnis, Daten, Veröffentlichungen, wirksame Praxisverfahren und aus Erfahrungen gezogene Lehren) festhalten, strukturieren, weitergeben und für die praktische Problemlösung ausnutzen lassen.

Die Informations- und Kommunikationstechnik bildet die Plattform, die die drei Ebenen der Organisation so vernetzt, dass ein lernfreundliches Umfeld entsteht und die Organisation effizient handeln kann. Zunächst muss dafür die erforderliche physische Infrastruktur geschaffen und erhalten werden, darüber hinaus stellen sich jedoch auch andere Aufgaben, die sich auf die für eine wirksame Zusammenarbeit und Wissensvermittlung erforderlichen Veränderungen der Organisationskultur beziehen. Die Organisation spielt zudem eine wesentliche Rolle bei der Förderung und Erleichterung eines effektiven Wissensmanagements und des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnik für die Verbesserung der Gesundheit in den Mitgliedstaaten. Hier heißt die Herausforderung für die Organisation, zur Schaffung der einschlägigen Sachkompetenz in den Ländern beizutragen, Fortschritte bei der Ausnutzung elektronischer Informationen für die Gesundheitsversorgung zu fördern und zu verfolgen, den Informationsaustausch zu verbessern und die wirksame Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik in der Gesundheitsversorgung zu fördern.

In der Verknüpfung von Wissensmanagement und Wissensverbreitung mit Informations- und Kommunikationstechnik spiegelt sich ein ganzheitliches Vorgehen, das die von der WHO geförderten Werte der Zusammenarbeit und praktischen Problemlösung in die Praxis umsetzt. Der Wert des individuellen Erfahrungswissens wird ebenso anerkannt wie der des theoretisch fundierten Wissens, und beide werden maximal genutzt. Alle Teile der Organisation tragen zu diesem Wissenspool bei und profitieren davon. Mit einer die gesamte Organisation umfassenden Strategie soll der Wissensfundus allen zugute kommen. Dabei gilt es das Problem von Chancenungleichheiten der Informationssysteme in den Ländern zu überwinden, ein einheitliches Wissensumfeld mit gemeinsamen Standards für den Informationsaustausch zu schaffen, Praktiker in die Lage zu versetzen und dazu zu befähigen, Wissen effizienter und wirksamer weiterzugeben und anzuwenden, und das organisationseigene System zur Bereitstellung der für eine effektive und effiziente Leitung und Verwaltung der Programme und u. a. auch der Länderbüros erforderlichen Informationen zu verbessern. Deshalb wird ein globales Managementsystem aufgebaut, das den Ansprüchen der Organisation insgesamt genügt, der Größe des einzelnen WHO-Büros angepasst werden kann und die zur Erfüllung der Funktion des jeweiligen Büros notwendigen Informationen liefert.

In ihrer Arbeit kommt die Organisation nicht ohne Informations- und Kommunikationstechnik aus und wird mit ihrem unterschiedlichen und dezentralisierten Umfeld zunehmend von einer Informationsarchitektur abhängig, die physische und organisatorische Grenzen überwindet, damit Wissen und Erfahrungen weitergegeben und gefördert werden können. Hier sind wichtige Sicherheitsprobleme hinsichtlich des Schutzes und der Verlässlichkeit und Stabilität der Netzwerke und der damit verbundenen Infrastruktur zu lösen.

ZIEL

Ein Umfeld zu fördern, auszustatten und zu unterstützen, das dazu ermutigt, zur Förderung der Gesundheit in den Mitgliedstaaten und innerhalb der Organisation Wissen zu schaffen, weiterzugeben, wirksam anzuwenden und zu verbreiten und sich dabei eines sachgerechten Wissensmanagements sowie der Informations- und Kommunikationstechnik zu bedienen.

WHO-VORGABEN

Förderung einer durch eine informationstechnische Infrastruktur abgestützten Organisationskultur, die dem in den Mitgliedstaaten und in der Organisation vorhandenen Nutzerbedarf an Wissensmanagement und Informationstechnik entgegen kommt.

Indikatoren

- Angemessenheit der bedarfsorientierten Wissensmanagementprogramme im Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten und in der gesamten Organisation
- Verfügbarkeit einer bedarfsgerechten und kostenwirksamen informations- und kommunikationstechnischen Infrastruktur, die den Bedürfnissen der Nutzer in der gesamten WHO entspricht
- Wirksame Umsetzung des globalen Managementsystems in der gesamten Organisation

STRATEGISCHES VORGEHEN

Förderung der Beteiligung der gesamten Organisation an einem Leitungsmechanismus, mit dem die Richtung und das Fortschreiten der informations- und kommunikationstechnischen Pläne der Organisation bestimmt bzw. verfolgt und die Entwicklung und Leistungserbringung schrittweise vorgebracht werden können; Förderung kostenwirksamer Mechanismen für die Kommunikationstechnologie in der gesamten Organisation, die den Verwaltungs- und Fachabteilungen ein effizientes Arbeiten ermöglichen und dem Bedarf der unterschiedlichen Abnehmer entsprechen; Förderung der Erarbeitung von Konzepten und Strategien, die sicherstellen, dass die Information und das Wissen, die festgehalten, zuwege gebracht und weitergegeben werden, hochkarätig sind und validiert werden; Einbeziehung der Bedarfsabschätzung in Wissensmanagement- und Informationstechnikprojekte in der gesamten WHO; Schaffung globaler Plattformen für Informations- und Kommunikationstechnik und Daten mit verlässlichem und angemessenem Zugang für alle Büros; Ermittlung und Förderung wirksamer Methoden für die Praxis von Wissensmanagement und Informationstechnik; Sicherstellung, dass die Gesundheitsinformationsprodukte und -dienste der WHO dem Bedarf der Länder entsprechen, aktuell und zugänglich sind; Aufstockung der Zahl der für das Wissensmanagement zuständigen Mitarbeiter und Verbesserung ihrer fachlichen Qualifikationen; Förderung und Unterstützung der Praktiker im Gesundheitswesen und in der gesamten WHO; wirksame Unterstützung zur Sicherung einer effizienten Infrastruktur und eines kooperationsfreundlichen Umfelds, u. a. in Bezug auf Kommunikationssysteme, Anwendungsmöglichkeiten, Nutzerschulung und Computersicherheit; mit Hilfe eines die gesamte Organisation erfassenden Leitungsmechanismus Orientierungshilfe für die Entwicklung und Umsetzung wirksamer und koordinierter Strategiepläne für Informationstechnik und Wissensmanagement; Entwicklung einer „Erfahrungs“-Kultur, die die herrschende „Sachkenntnis“-Kultur ergänzt; Entwicklung und Unterstützung von Anwendungsmöglichkeiten für Informations- und Kommunikationstechnik in Gesundheitssystemen, die in Netze und Systeme mit Lernfunktion integriert sind; Erarbeitung von gemeinsamen Standards und kompatiblen Systemen für das Informations- und Dokumentationsmanagement, die den Austausch, die Erhaltung und Schaffung von Wissen voranbringen sollen; Einrichtung von Mechanismen, die es ermöglichen, Erfahrungswissen festzuhalten; Förderung innovativer, der besseren Zusammenarbeit dienender Arbeitsräumlichkeiten, um eine noch stärkere Integration von Lernsystemen, Arbeitsprozessen und Informationstechnik zu bewirken; Unterstützung der Kompetenzbildung in den Mitgliedstaaten und der Schärfung des Problembewusstseins in der Öffentlichkeit.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Konzepte und Strategien für das Wissensmanagement entwickelt, die in Gesundheitssystemen und in der Organisation zum Lernen befähigen sollen.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit wirksamer Konzepte, Verfahren, Instrumente und Fortbildungsmöglichkeiten für das Wissensmanagement in Mitgliedstaaten und in der Organisation • Praktiker vorhanden, die Management- und Programmeffektivität fördern können 	<p>Konzepte, Instrumente und Fortbildungsangebote für das Wissensmanagement in einigen Büros vorhanden</p> <p>Einige Praktikerverbände in der Organisation unterstützt</p>	<p>Zugang zu wirksamen Konzepten, Verfahren und Instrumenten in ausgewählten Gesundheitssystemen und in der gesamten Organisation; die meisten Zielländer arbeiten daran</p> <p>Fruchtbares Arbeitsklima für Praktiker in ausgewählten Gesundheitssystemen und in der gesamten Organisation</p>
2. Die Informationsprodukte und die Gesundheitsinformations- und -kommunikationstechnik der WHO nahtlos in Lernsysteme integriert.	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang der auf die Bedürfnisse der Nutzer ausgerichteten Schnittstellen für den Informationsaustausch • Anteil der Mitarbeiter, die zum Wissenspool beitragen und davon profitieren 	<p>Nicht optimale Nutzung der Schnittstellen für den Informationsaustausch</p> <p>Vertikaler Wissensaustausch in der Organisation</p>	<p>Bessere Nutzung der Möglichkeiten für den Wissensaustausch</p> <p>Institutionelle Grenzen überwindender Wissensaustausch</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
3. Einheitliche Struktur für Informationsmanagement und -technik in der WHO geplant und umgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Prozentsatz der von der Organisation für die Entscheidungsfindung genutzten Dokumente, die elektronisch erfasst, geordnet und gespeichert sind • Grad der Gemeinsamkeit von Standards für die Informations- und Kommunikationsinfrastruktur an allen WHO-Standorten 	<p>Die meisten aktuellen (doch nicht die weniger neuen) Dokumente erfasst und elektronisch zugänglich</p> <p>Auf informellen Absprachen beruhender Grundstandard für kompatible Technikkomponenten verfügbar</p>	<p>Alle Schlüsseldokumente elektronisch erfasst, geordnet und gespeichert</p> <p>Vereinbarte Standards und Produkte, die den Anforderungen der Organisation an die Kompatibilität von Informationen gerecht werden, ermöglichen den Austausch von Sachwissen und die Ausnutzung von Massenproduktionsvorteilen</p>
4. Bedarfsgerechte Technikinfrastruktur und Informationsstrategien vorhanden, die den organisatorischen Ansprüchen an Funktionalität, Zuverlässigkeit und Kostenwirksamkeit gerecht werden.	<ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit des Zugangs zu informationstechnischen Systemen und des Zugriffs auf Informationsinhalte • Bedarfsgerechte informationstechnische Systeme und Informationsinhalte auf Länderebene 	<p>Die meisten WHO-Standorte durch einen Anbieter miteinander verbunden</p> <p>Unterschiedliches Niveau der informationstechnischen Infrastruktur und Dienstleistung auf Länderebene</p>	<p>Nachweisliche Wettbewerbsfähigkeit von Kommunikationsnetzen, gemessen an Industriestandards und vereinbarten Anforderungen der Organisation</p> <p>Verbesserte Infrastruktur in den Länderbüros, um einem gemeinsamen Dienstleistungsniveau gerecht werden zu können</p>
5. Die Informationsprodukte und -instrumente der WHO für die Nutzung elektronischer Informationen wirksam und effizient für die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen in den Ländern eingesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> • Zugänglichkeit eines Rahmens und von Instrumenten, die es ermöglichen, relevante, darunter auch elektronische Informationen zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung in den Ländern einzusetzen • Kostenwirksamer Einsatz der verfügbaren Informationsprodukte und der Instrumente zur Nutzung elektronischer Informationen für die Unterstützung der Gesundheitsversorgung auf Länderebene 	<p>In den Ländern begrenzte Verfügbarkeit eines Rahmens und von Instrumenten für die Anwendung von Informationen</p> <p>Nicht optimale Anpassung und Nutzung verfügbarer Informationsprodukte</p>	<p>Ein Rahmen und Instrumente für alle vorrangigen WHO-Aufgaben in den Ländern verfügbar und zugänglich</p> <p>Verbesserte Anpassung und einheitlichere Nutzung der verfügbaren Informationsprodukte durch Schulung, aufsuchende Arbeit und Überkreuz-Lernen</p>
6. Ausgewählte vorrangige Informationsprodukte in relevanten Sprachen vom Hauptbüro und den Regionalbüros angemessen erstellt, verbreitet und archiviert.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Informationen in relevanten Sprachen und in Zusammenarbeit mit den Regionalbüros • Zahl und Verteilung der Besucher auf der WHO-Website und der Downloads • Einfluss der WHO-Informationsprodukte, nach Zitiert Häufigkeit in der wissenschaftlichen Literatur, in Rezensionen oder in den Medien 	<p>Die meisten Informationen in ausgewählten offiziellen Sprachen verfügbar</p> <p>Über 2,5 Millionen Besucher und 2 Millionen Downloads pro Monat</p> <p>Einfluss entspricht der breiten Erfassung durch globale Medien und internationale Forschungsliteratur</p>	<p>Vorrangige Informationsprodukte in den am häufigsten gesprochenen Sprachen der Länder verfügbar</p> <p>Über 4 Millionen Besucher und 3 Millionen Downloads pro Monat</p> <p>Der Einfluss deutet darauf hin, dass die Informationen in den Mitgliedstaaten durch vorrangige institutionelle Initiativen zielgerichteter genutzt werden</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
7. Kostenwirksame Versorgung der Organisation mit vorhandener Technik.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Anwendungsprogrammen für die gesamte Organisation, die nach festgelegten Kriterien für das Dienstleistungsniveau sowohl die inhaltlichen Funktionen wie die Verwaltungsfunktionen der Organisation unterstützen 	<p>Kontinuitätsstrategien begrenzt Unterschiedliches Niveau der Systemverfügbarkeit und -unterstützung, das nicht dem Bedarf der Organisation entspricht</p>	<p>Einhaltung eines vereinbarten technischen Dienstleistungsniveaus (darunter von Kontinuitätsplänen) finanziert und durchgeführt, so dass es in Bezug auf Sicherheit, Genauigkeit und Brauchbarkeit den derzeit geltenden Erfordernissen der Organisation gerecht wird</p>
8. Kernprogramme durch bedarfsgerechte und modernisierte Organisationsprozesse und Kontrollmechanismen tragfähig gemacht; voll einsatzfähige globale Managementinformationssysteme vorhanden, die die Arbeit der Organisation erleichtern und der Größe des jeweiligen WHO-Büros angepasst werden können.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit globaler Informationen für Management- und Verwaltungszwecke • Grad der erforderlichen Vereinheitlichung von Verwaltungsdaten 	<p>Informationen vor Ort bruchstückhaft vorhanden Aufgesplitterte Informationssysteme, die manuell vereinheitlicht werden müssen</p>	<p>Umfassende, aktuelle Informationen elektronisch verfügbar Vereinheitlichung abgeschlossen</p>

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				139 043	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Wissensmanagement und Informationstechnik** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

PLANUNG, RESSOURCENKOORDINATION UND AUFSICHTSFUNKTION

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Mit dem Programmhaushalt 2000–2001 hat die WHO das resultatbasierte Management eingeführt. Des- sen Anwendung ist seitdem verfeinert und auf alle Ebenen der Organisation und jeden nachfolgenden Programmhaushaltszyklus ausgedehnt worden. Durch diese positiven Schritte wurden die Resultate stärker betont, die Ressourcen gezielter ausgerichtet und die Rechenschaftslegung bei der Unterstützung des Länderschwerpunkts der Organisation verbessert. Dennoch müssen noch verschiedene Fragen gelöst werden, wenn resultatbasiertes Managements konsequent auf allen institutionellen Ebenen und Arbeits- gebieten praktiziert werden soll.

Schwierigkeiten ergaben sich u. a. bei der Sicherung der Übereinstimmung zwischen strategischer und operativer Planung, bei der angemessenen Umsetzung der aus der Leistungsauswertung gezogenen Leh- ren und bei der harmonischen Abstimmung der einzigartigen Bedürfnisse und Arbeitspläne der Länder mit dem Erreichen organisationsweiter Ziele und angestrebter Ergebnisse. Die Zeitrahmen verschiedener Managementprozesse sind im Lichte der Notwendigkeit nach Mechanismen für eine engere Konsultation und Koordination zwischen dem Hauptbüro und den Regional- und Länderbüros geprüft worden.

Der Grad von Annahme und Einhaltung organisationsweiter Regeln hat im Hauptbüro, in allen Regionen und in den Ländern beträchtlich geschwankt, was eine integrierte Planung und die für ein wirksameres Programmmanagement erforderliche Berichterstattung behindert hat. Die Büros haben die Kultur aus Planung, begleitender Leistungsüberwachung und Berichterstattung, die für die Umsetzung des resultat- basierten Managements entscheidend ist, nicht verinnerlicht.

Für den Haushaltszeitraum 2006–2007 besteht die wichtigste Herausforderung in der Überarbeitung des Managementrahmens der WHO im Lichte der Empfehlungen einer Überprüfung aus 2004–2005 bezüg- lich seiner Reichweite, Periodizität und Verkettung von Elementen, nämlich der den Länderschwerpunkt widerspiegelnden strategischen und operativen Planung, dem alle Einnahmequellen erfassenden integ- rierten Programmhaushalt, der Leistungsüberwachung, Qualitätssicherung, Evaluierung und Berichter- stattung. Der überarbeitete Rahmen wird dann in die tägliche Arbeit der Programme auf allen Ebenen integriert. Es ist auch erforderlich, die organisationsinterne Zusammenarbeit zu verbessern und gemein- same Verfahren und ein in der ganzen Organisation anwendbares Managementinformationssystem zu verwenden. Ein leistungsfähiges System zur Planung, Mobilisierung, Koordinierung und Verwaltung von freiwilligen Beiträgen wird auf alle Ebenen der Organisation ausgedehnt werden, um einen einzigen alle Finanzierungsquellen einbeziehenden Programmhaushalt zu verwirklichen und um die Verpflich- tung des Generaldirektors zu einer Verlagerung der Ressourcen vom Hauptbüro in die Regionen und Länder zu erfüllen, wobei 75% aller Mittel für die Regionen und die Länder und 25% für das Hauptbüro angestrebt werden.

Die Organisationskultur muss sich fortentwickeln, sodass die Programmleiter und Entscheidungsträger auf allen Ebenen die durch das Managementsystem erzeugten Informationen für die Steigerung ihrer Leistung wirksam nutzen. Um diesen Prozess zu erleichtern, müssen Veränderungen im Sinne einer Harmonisierung der Verwaltungsgepflogenheiten und -verfahren im Kontext der Dezentralisierung er- folgen und ein integrierter Rahmen aus Lernen und Unterstützung für das resultatbasierte Management eingeführt werden.

ZIEL

In der gesamten Organisation die Prinzipien des resultatbasierten Managements und verwandter Verfah- ren konsequent anzuwenden, nämlich der strategischen operativen Planung, der Ressourcenplanung und -koordinierung, der begleitenden Leistungsüberwachung, der Qualitätssicherung und -evaluierung, um die internationale Führungsrolle der WHO im Bereich Gesundheit und die Fortentwicklung ihrer Pro- gramme und Tätigkeiten zu unterstützen.

WHO- VORGABEN

Voll funktionsfähige organisationsweite Systeme und Mechanismen für resultatbasiertes Management umsetzen, die den Rechenschaftsgrundsätzen und den Länderschwerpunkt der WHO wirksam unterstüt- zen.

Indikatoren

- Anteil der auf jeder organisatorischen Ebene vollkommen erreichten angestrebten Ergebnisse
- Zahl der von beteiligten Akteuren erbetenen Ad-hoc-Programm-Evaluierungen als Ausdruck für das Vertrauen in den Qualitätssicherungs- und Evaluierungsrahmen der Organisation

STRATEGISCHES VORGEHEN Entwicklung eines Verständnisses für die Prinzipien des resultatbasierten Managements und die Einhaltung des Managementrahmens der WHO; Stärkung der institutionellen und personellen Fähigkeiten zu langfristiger strategischer Planung, zur Erstellung von Zweijahresprogrammen und -haushalten, zu operativer Planung, begleitender Leistungsüberwachung, Qualitätssicherung, Evaluierung und Berichterstattung; Stärkung des Informationssystems für das Programmmanagement der Organisation, das Systeme für die Ressourcenplanung und -koordinierung einschließt; Errichtung eines planmäßigen Systems aus Schulung und Betreuung für die Bediensteten in den Prinzipien des resultatbasierten Managements.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Koordinierte und konsequente Anwendung des überarbeiteten Managementrahmens der WHO und verwandter Verfahren für die strategische Planung, Erstellung der Zweijahresprogramme und -haushalte, die operative Planung, die begleitende Leistungsüberwachung und die Berichterstattung sowie Unterstützung für den Länderschwerpunkt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Arbeit, für die auf jeder Organisationsebene Arbeitspläne entwickelt und überwacht wurden, die vollkommen widerspruchsfrei zu den strategischen Plänen und dem Programmhaushalt sind 	50%	75%
2. Globales System für die Planung, Mobilisierung, Koordinierung und Verwaltung von freiwilligen Beiträgen zur Unterstützung eines resultatbasierten Managements und des Länderschwerpunkts in der gesamten Organisation angewendet.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Programme im Hauptbüro und den Regional- und Länderbüros, in denen das organisationsweite System für die Planung, Mobilisierung, Koordinierung und Verwaltung freiwilliger Beiträge konsequent angewandt wird 	Keine	100%
3. Fähigkeit zu Qualitätssicherung gestärkt und Rat und Hilfe für eine relevantere und kostenwirksamere Programmumsetzung auf allen Ebenen der Organisation.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der erfüllten Bitten von Programmleitern um Hilfe bei der Verbesserung ihrer Programmumsetzung in Hinblick auf größere Relevanz und Kostenwirksamkeit 	Keine	75%
4. Kultur und Praxis eines resultatbasierten Managements von allen Ebenen der Organisation getragen.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Fachmitarbeiter, die auf jeder Ebene der Organisation in den Prinzipien und Gepflogenheiten geschult werden, die dem überarbeiteten resultatorientierten Management der WHO zugrunde liegen (strategische und operative Planung, begleitende Leistungsüberwachung, Qualitätssicherung, Evaluierung und Berichterstattung) 	10%	75%
5. Vollbetrieb eines global kompatiblen Informationssystems für das Programmmanagement, das die Daten aller Organisationsebenen integriert und die Bemühungen um Leistungssteigerung und verbesserte Rechenschaftslegung auf allen Ebenen sowie den Länderschwerpunkt unterstützt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der vereinbarten Kerndatensätze, die in Arbeitsplänen auf jeder Ebene der Organisation bereitgestellt und in der globalen Datenbank verzeichnet werden 	Keine	75%

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
6. Systematische Evaluierung der WHO-Arbeit zur Beurteilung ihrer mittelfristigen Wirkung und zur Sicherung eines guten Stewardships der Ressourcen der Organisation.	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl thematischer und programmatischer Evaluierungen, die während des Haushaltszeitraums in Übereinstimmung mit dem Programmevaluierungsplan vollendet wurden 	Keine	8
7. Risiken für die Organisation erkannt und durch Maßnahmen entschärft, die auf eine gute Organisationsführung ausgelegt sind.	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzungsgrad jährlicher Prüfpläne 	Erfüllung jährlicher Prüfpläne	Erfüllung jährlicher Prüfpläne

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				27 578	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

MANAGEMENT DER HUMANRESSOURCEN IN DER WHO

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Als führende Public-Health-Organisation der Welt benötigt die WHO vielseitige, produktive, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, die sich dem Auftrag der Organisation widmen. Die WHO ist daher herausgefordert, die talentiertesten Frauen und Männer aus allen Mitgliedstaaten an sich zu ziehen und zu halten.</p> <p>Eine gute Planung der Humanressourcen aufgrund gegenwärtiger und erwarteter Erfordernisse ist für ein wirksames Mitarbeitermanagement unerlässlich. Die Leiter müssen Beschäftigungsverhältnisse anbieten können, die eng mit der Art und Dauer der erfüllten Funktion abgestimmt sind. Die in den vergangenen Jahren durchgeführten Änderungen werden ausgewertet, um sicherzustellen, dass die WHO über einen angemessenen Fächer an Anstellungsverträgen verfügt.</p> <p>Die WHO muss fortwährend eine Organisationskultur fördern, in der die Bediensteten durch vernünftige Führung und Entwicklung ein hohes Leistungsniveau erzielen und in der sie eine faire Behandlung, einen sicheren und gesicherten Arbeitsplatz, ein gesundheitsförderliches Arbeitsmilieu und ein Verhältnis gegenseitigen Vertrauens und Respekts zwischen Bediensteten und Management genießen.</p> <p>Im Anschluss an die vollständige Umsetzung ihres globalen Kompetenzrahmens im Haushaltszeitraum 2004–2005 besteht die wichtigste Herausforderung für die WHO darin sicherzustellen, dass das Management der Humanressourcen die Kompetenzen und Verhaltensweisen vollständig verinnerlicht. Das neue globale Programm zur Weiterentwicklung von Management und Führung ist ein Kernelement in diesem Prozess. Die erhöhten Investitionen in die Entwicklung und Fortbildung der Bediensteten durch die Schaffung eines globalen Fonds für Mitarbeiterentwicklung und die von diesem geförderten Lernprogramme sollten zu einem messbaren kulturellen Wandel in der Organisation und damit zu größerer Zufriedenheit und besseren Leistungen führen.</p> <p>Angesichts des weltweiten Einsatzes ihrer Public-Health-Aktivitäten benötigt die Organisation Bedienstete, die über fachliche Erfahrungen aus allen Regionen und Ländern verfügen. Dieser wichtigen Herausforderung wird durch die Einführung und Umsetzung eines geregelten Mobilitätssystems begegnet, das allen international angeworbenen Bediensteten offen steht. Das System wird auf Erfahrungen aufbauen, die in einer freiwilligen Versuchsphase im Haushaltszeitraum 2004–2005 gesammelt wurden, und die Lehren aus diesem Versuch nutzen. Das neue System wird die Interessen der Programme, der Bediensteten und der Organisation gegeneinander abwägen müssen.</p> <p>Die WHO wird weiterhin aktiv an einer Reform der Gehälter und Bezüge im Rahmen des gemeinsamen Systems der Vereinten Nationen mitarbeiten, damit die Vergütungen besser den gegenwärtigen Erfordernissen der Mitgliedstaaten, der VN-Organisationen und der Bediensteten entsprechen und diese unterstützen. Die vorgeschlagenen Reformen schließen die Einführung einer leistungsabhängigen Bezahlung, die Gruppierung von Besoldungsstufen und die Schaffung eines Rangältestendienstes ein.</p> <p>Die Anwerbsstrategie, die auf eine größere Diversität des WHO-Mitarbeiterstabs angelegt ist, wird überprüft und an die Erfordernisse angepasst.</p>
ZIEL	Vorbildliche Praxis in allen Aspekten des Managements der Humanressourcen auf allen Ebenen der Organisation zur Unterstützung der führenden Rolle der WHO in der internationalen Gesundheitsarbeit.
WHO- VORGABEN	<p>Die strategische Richtung, Konzeptionen und Verfahren vorgeben, die erforderlich sind, damit die Dienste der Humanressourcen rechtzeitig und wirksam zur Unterstützung der Rolle der WHO bei der Förderung und zum Schutz der Gesundheit erfolgen.</p> <p><i>Indikator</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Herausragende Ausführung und rechtzeitige Erbringung hochwertiger Humanressourcen-Dienstleistungen im Hauptbüro, den Regionalbüros und den Länderbüros
STRATEGISCHES VORGEHEN	Konzeptformulierung, Systementwurf und Humanressourcen-Dienstleistungen für das Erreichen aktueller und künftiger Ziele durch eine beständige Verbesserung des fachlichen Könnens und der Fähigkeit, Menschen, Prozesse und Systeme zu führen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Neues globales Informationssystem für Humanressourcen und angepasste, überarbeitete Verfahren eingeführt, die die Bediensteten mit höherwertigeren, umfangreicheren und leichter zugänglichen weltweiten Informationen versorgen.	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit in sich stimmiger globaler Informationen in allen Büros • Grad der Wandelbarkeit des Profils organisatorischer Einheiten und der Möglichkeiten einer Analyse von Diskrepanzen zwischen erforderlichem und vorhandenem Wissen und Können 	Fehlen in sich stimmiger Informationen über Humanressourcen in der gesamten Organisation Wandel des Profils begrenzt durch fehlende Instrumente und Informationen	Humanressourcenmodul des globalen Managementinformationssystems umgesetzt und betriebsbereit Alle organisatorischen Einheiten verwenden Werkzeuge für Profilwandel und Analyse fehlender Fähigkeiten
2. Wirksame Lernprogramme auf den Weg gebracht, die den Bedürfnissen der Bediensteten und der Organisation gerecht werden und die sichern, dass Entwicklungspläne für Individuen in der ganzen Organisation wirksam genutzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit der Bediensteten mit den von der WHO gebotenen Entwicklungsmöglichkeiten • Zufriedenheit der Bediensteten mit Management- und Führungsqualitäten 	Entwicklungsmöglichkeiten begrenzt Begrenzte Anzahl Lernprogramme für Führung und Management verfügbar	Ausgedehnte Verfügbarkeit von Lernprogrammen aufgrund der geschätzten Nachfrage Lernprogramme über Führung und Management für alle Bediensteten des mittleren und gehobenen Dienstes
3. System von Rotation und Mobilität voll umgesetzt auf Grundlage der mindestens einmal jährlich veröffentlichten verfügbaren Positionen.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Bediensteten, die die Höchstdauer in einer Regelbeschäftigung erreicht haben und an einem Programm zu Rotation und Mobilität teilnehmen 	Begrenzte freiwillige Rotation und Mobilität	80%
4. Arbeitsbedingungen verbessert und mitarbeiterfreundliche Konzepte umgesetzt, Gehalte und Vergütungen auf einer Linie mit dem am Ort ausgerichteten System der Vereinten Nationen.	<ul style="list-style-type: none"> • Grad an Verbesserung durch mitarbeiterfreundliche Konzepte 	Konzept für Lebensunterhaltszulagen bei Sondereinsätzen nicht umgesetzt. Fehlen von Programmen zur Behandlung von Störungen durch posttraumatischen Stress und von globalen Beratungsdiensten	Umsetzung einer Lebensunterhaltszulage bei Sondereinsätzen, Einführung von Programmen zur Behandlung von Störungen durch posttraumatischen Stress
5. Verfahren und Systeme erhalten, die die Organisation dazu befähigen, Bedienstete anzuwerben und die Verpflichtung als Arbeitgeber zu erfüllen und gleichzeitig ein unterstützendes Umfeld für alle Bediensteten zu schaffen.	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtzeitige Zahlung von Gehältern und Vergütungen an alle Bediensteten • Häufigkeit der Klagen aufgrund von Nichtbeachtung der Regelinstrumente der Organisation 	Verzögerungen bei der Auszahlung von Leistungen Untersuchung zum Organisationsklima vollendet	Automatische Bearbeitung von Leistungen und Pauschalzahlungen Jährlich bessere Ergebnisse der Untersuchung

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				52 261	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Management der Humanresourcen in der WHO** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

HAUSHALT UND FINANZMANAGEMENT

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN	<p>Haushalt und Finanzmanagement sind kontinuierliche Funktionen, die für die Unterstützung der Arbeit der Organisation auf allen Ebenen Effizienz erfordern und eine vernünftige interne Kontrolle ermöglichen müssen. Flexibilität ist für das Eingehen auf örtliche Umstände und Bedürfnisse erforderlich; ebenso ist jedoch Konsequenz für die Sicherstellung der richtigen Ausgewogenheit zwischen Leistung und Kontrolle erforderlich. Rechtzeitige, genaue und relevante Managementinformationen sind für die Arbeitsleistung der gesamten Organisation entscheidend, gleichzeitig ist eine integrierte Berichterstattung für eine Verbesserung der Planungs- und Überwachungsverläufe der Organisation erforderlich – so werden die Bedürfnisse der Manager ebenso erfüllt wie Verpflichtungen und andere Erfordernisse der Mitgliedstaaten. Das Anwachsen der freiwilligen Beiträge und die zunehmende Komplexität der Vereinbarungen mit den Gebern bedeuten steigende Anforderungen an die Organisation. Darum sind angemessene Strategien erforderlich, die sicherstellen, dass der integrierte Programmhaushalt auf einer gesunden, nachhaltigen Grundlage finanziert wird. Die mit dem Finanzmanagement befassten Mitarbeiter müssen die erforderlichen Qualifikationen, Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen, um die im Volumen gewachsenen und komplexeren finanziellen Ressourcen, die damit verbundene Berichterstattung und sonstige entstehende Anforderungen handhaben zu können.</p> <p>Eine große Herausforderung liegt in einer weiteren Verbesserung von Haushalt und Finanzmanagement durch verstärkte Dezentralisierung einschließlich der Entwicklung angemessener Grundsätze, Verfahren und Anleitungen. Neue vereinfachte und angepasste IT-Systeme werden benötigt, die effizient auf sich ändernde Erfordernisse der Programme und Belange der Mitgliedstaaten reagieren können. Auch sollte ein interner Kontrollrahmen aufrecht erhalten werden, um die Rechenschaftslegung zu fördern und die Gefahr von Betrug zu minimieren.</p> <p>Die angemessene Nutzung finanzieller Informationen zur Unterstützung der Gesundheitsarbeit der Organisation ist für die Sicherung des wirksamen Managements der einzelnen Fachbereiche entscheidend. Finanzinformationen sind ein Maß, an dem die Mitgliedstaaten und andere Geber finanzieller Ressourcen oder Nutznießer der Arbeit der Organisation ablesen können, inwieweit die Organisation ihre Ziele erfolgreich verwirklicht. Für die Umsetzung von Grundsätzen sind relevante und wirksame Unterstützung und Beratung erforderlich.</p>
ZIEL	<p>Vorbildliche Praxis in allen Aspekten von Haushalt und Finanzmanagement auf allen Ebenen der Organisation im Rahmen eines vernünftigen internen Prüfwesens zur Unterstützung der führenden Rolle der WHO in der internationalen Gesundheitsarbeit.</p>
WHO- VORGABEN	<p>Redliche und transparente Anwendung einer vorbildlichen Praxis bei Haushalt und Finanzmanagement, wirksame und effiziente Unterstützung bei Haushalt und Finanzmanagement innerhalb der gesamten Organisation und für alle Finanzquellen, was auch Finanzberichterstattung auf allen Ebenen einschließt, intern wie extern.</p> <p><i>Indikatoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtzeitige Finanzinformationen und zugängliche Analyseinstrumente, die es den Managern auf allen Ebenen der Organisation ermöglichen, gut informiert Entscheidungen zu Planung und Betrieb zu treffen • Haushaltsvorstellung, -umsetzung und -monitoring, die die Mitgliedstaaten und andere Geber in die Lage versetzen, das finanzielle Leistungsvermögen zu beurteilen • Annahme des zweijährlichen Finanzberichts, des geprüften Finanzabschlusses (einschl. eines uneingeschränkten Bestätigungsvermerks) und des vorläufigen Finanzberichts und -abschlusses durch die leitenden Organe • Reaktion auf die Empfehlungen interner und externer Prüfberichte, die zu einer besseren Rechenschaftslegung führt und angemessene interne Kontrolle unterstützt.
STRATEGISCHES VORGEHEN	<p>Formulierung relevanter Grundsätze im Sinne finanzieller Redlichkeit und fortlaufender Verbesserung zur Sicherung eines reibungslosen Haushalts- und Finanzverfahrens und effizienter, wirksamer Maßnahmen mit einwandfreier Rechenschaftslegung für alle Finanzierungsquellen und auf allen Ebenen der Organisation; ausgewogene Berücksichtigung der unterschiedlichen, doch gleich wichtigen Anforderungen der Mitgliedstaaten und der Geber, die die Finanzmittel bereitstellen, und der Organisation auf allen Ebenen.</p>

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Grundsätze und Anleitungen für die Umsetzung neuer, angepasster Funktionen, die in Übereinstimmung mit der Umsetzung des neuen globalen Managementsystems an Länder und Regionen delegiert wurden, vorbereitet	<ul style="list-style-type: none"> • in der gesamten Organisation Verständnis und Umsetzung der dem globalen Managementsystem zugrunde liegenden Grundsätze 	Aktualisierung von WHO-Handbuch und verwandten Verfahren und angemessenes Schulungsprogramm	Überarbeitete Grundsätze und Verfahren vollkommen in WHO-Handbuch und Schulungsprogramm auf allen Ebenen aufgenommen
2. Integrierte Haushaltsschätzungen skizziert, die Finanzstrategien einschließen; Einnahmen- und Ausgabenprognosen, Überwachung und Berichterstattung für alle Arten von Finanzquellen auf vollintegrierter Basis durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlage rechtzeitiger und relevanter Haushaltsschätzungen für die leitenden Organe • Rechtzeitige Berichterstattung, um den Erfordernissen des internen Managements und der Mitgliedstaaten gerecht zu werden 	Einhaltung der Finanzordnung Globale konsolidierte Datenbank bis zum 18. Arbeitstag jeden Monats aktualisiert; Ad-hoc-Berichte zur finanziellen Umsetzung	Einhaltung der Finanzordnung Globale konsolidierte Datenbank bis zum 10. Arbeitstag jeden Monats aktualisiert; monatliche Berichterstattung bis zum 15. Arbeitstag
3. Vorgeschriebene und andere finanzielle Berichte für Weltgesundheitsversammlung gemäß Finanzordnung, Vorschriften, Grundsätzen und Verfahren der WHO vorbereitet und vorgelegt	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlage eines finanziellen Zwischenberichts für den Haushaltszeitraum 2006–2007 an externe Prüfer bis 31. März 2007 • Vorlage des endgültigen Finanzberichts für den Haushaltszeitraum 2006–2007 an externe Prüfer bis 31. März 2008 • Bestätigungsvermerke und Empfehlungen aus externer Prüfung 	Finanzieller Zwischenbericht bis 31. März 2007 fertig gestellt Endgültiger Finanzbericht bis 31. März 2008 fertig gestellt	Finanzieller Zwischenbericht bis 28. Februar 2007 fertig gestellt Endgültiger Finanzbericht bis 28. Februar 2008 fertig gestellt
4. Finanzierungsstrategie für ein integriertes Haushaltsmanagement (ausstehende Einnahmen und Forderungen) skizziert und wirksam umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtzeitige Verzeichnung von Einnahmen • Genauigkeit der Einnahmendatenbank • Grad und Rechtzeitigkeit des Eintreibens von Außenständen für alle Finanzquellen 	Einnahmen innerhalb von 5 Tagen verzeichnet Kontenplan mit Haushalt abgeglichen	Einnahmen innerhalb von 2 Tagen verzeichnet Kontenplan mit Haushalt abgeglichen
5. Für die Umsetzung des integrierten Programmhaushalts fällige Ausgaben und Verbindlichkeiten verwaltet	<ul style="list-style-type: none"> • Genauigkeit der Ausgabendatenbank • Rechtzeitige vertragsgemäße Bezahlung von Lieferanten und Kontrahenten 	Tatsächliche Eintreibungsquote 2004–2005 Kontoübersicht mit Haushalt abgeglichen Zahlung binnen 10 Tagen nach Erhalt der Zahlungsanweisung	Im Vergleich zu 2004–2005 verbesserte Eintreibungsquote Kontoübersicht mit Haushalt abgeglichen Zahlung am Fälligkeitstag
6. Investition der Finanzmittel der Organisation und Management der Wechselkursrisiken innerhalb akzeptabler Liquiditäts- und Risikoparameter zur Erhaltung der erforderlichen Liquidität und zur Maximierung des Investitionspotenzials	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau der Erträge aus Investitionen im Vergleich zu akzeptierten Benchmarks • Effizienz der Bank- und Zahlungsdienste • Risikominimierung durch Hedging innerhalb der Mittelzuweisungen im Haushalt durch die Weltgesundheitsversammlung 	Tatsächliches Abschneiden 2002–2003 im Vergleich zum Benchmark für Investitionsquote Höhe der Bankgebühren für 2004–2005 Für 2004–2005 erzielte Schutzrate innerhalb der Mittelzuweisung	Übertreffen der Benchmark für Investitionsquote um 0,25% Kein Anstieg bei den Bankgebühren Volle Wechselkursabsicherung durch Mittelzuweisung im Haushalt erreicht

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				45 661	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Haushalt und Finanzmanagement** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

INFRASTRUKTUR UND LOGISTIK

PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN Die Fähigkeit der WHO, ihre Gesundheitsprogramme weltweit durchzuführen, ist von der Unterstützung und den Diensten abhängig, die sie im Bereich Infrastruktur anbieten kann, und das schließt auch die Bereitstellung sicherer und angemessener Büroflächen für ihre Bediensteten ein. Anlagen der Vereinten Nationen sind potenzielle Ziele terroristischer Attacken, daher ist für die Sicherheit und den Schutz aller WHO-Bediensteten konstante Wachsamkeit erforderlich. Die unterschiedlichen geografischen Standorte der Organisation wirken sich auf die Qualität und die Wahl der verfügbaren Infrastrukturdienste aus und machen es zu einer Herausforderung, allen WHO-Mitarbeitern einen sicheren, fairen und bezahlbaren Zugang zu diesen Diensten zu bieten. Die umfassende Herausforderung liegt darin sicherzustellen, dass administrative Unterstützung und Sicherheit angemessen und doch wirtschaftlich sind, keine Mittel sollten unnötig von anderen wesentlichen Programmen weggeleitet werden.

Unter Infrastrukturdienste fallen viele Hilfsfunktionen im Bereich Infrastruktur und Logistik, die für alle WHO-Dienststellen wichtig sind: Unterkunft, Büromaterialien und andere Themen in Verbindung mit Bürodiensten und Konzessionen; Konferenz- und Tagungsdienste; Produktion, Druck und Vertrieb von Veröffentlichungen und Fach-, Verwaltungs- und Konferenzdokumenten; Archive, Post und Sicherheit; Informationen über Dienstreisen und Dienstreisegrundsätze; Auftragsvergabe und Beschaffung.

Nicht nur Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel, sondern auch Güter und Dienstleistungen müssen weltweit beschafft und geliefert werden. Ein wesentlicher Teil dieser Arbeit hat, wenn kommerzielle Alternativen nicht vorhanden oder nicht zu bezahlen sind, mit Nothilfe und humanitärer Hilfe zu tun. Die Beschaffung und Auftragsvergabe muss daher nicht nur effizient und kostenwirksam erfolgen, sondern auch ungewöhnlich flexibel sein, um mit unvorhersehbaren Anforderungen fertig werden zu können. Die Herausforderung besteht darin, die Gebrauchsgüter und Dienstleistungen möglichst kostenwirksam durch Rahmenvereinbarungen und E-Handel einzukaufen und ihre rechtzeitige Auslieferung an die betreffenden Empfänger sicherzustellen.

ZIEL Anwendung einer vorbildlichen Praxis bei allen Aspekten der Infrastrukturunterstützung auf allen Ebenen der Organisation zur Unterstützung der führenden Rolle der WHO im Bereich der internationalen Gesundheitsarbeit.

WHO-VORGABEN Schaffung eines konzeptionellen Rahmens und eines institutionellen Umfelds zur Unterstützung der rechtzeitigen Umsetzung der WHO-Programme in den Mitgliedstaaten.

Indikator

- Bedarfsgerechtigkeit, Rechtzeitigkeit, Kostenwirksamkeit und Zuverlässigkeit der Infrastrukturdienste und der stützenden Logistikdienste auf allen Ebenen der Organisation

STRATEGISCHES VORGEHEN Gemeinsame Nutzung von vorbildlichen Praxisbeispielen und Finanzmitteln durch die gesamte Organisation und Umsetzung innovativer, Kosten mindernder Mechanismen; Entwurf von Vereinbarungen zum Dienstleistungsniveau, die die Handhabung der Empfängererwartungen verbessert; Stiftung von Zusammenarbeit mit andern VN-Organisationen, wo immer Kostenteilung möglich ist.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Etablierte Büros kostenwirksam und effizient betrieben.	• Anzahl bestätigt vorbildlicher Praxisbeispiele, die angenommen werden, um Effektivitätsgewinne zu erzielen	Keine vorbildlichen Praxisbeispiele zur Umsetzung angenommen	Mindestens 8 vorbildliche Praxisbeispiele angenommen
2. Globale Tagungen der leitenden Organe und Fachtagungen durch wirksame Infrastruktur und Logistik unterstützt.	• Anzahl Dienste, die verfeinert werden müssen	Anzahl Dienste, die im vergangenen Jahr überprüft und angepasst wurden	Rückgang der angesprochenen Probleme und keine wiederkehrenden Probleme

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
3. Gesundheitsmaterialien höchster Qualität zum besten Preis für die Mitgliedstaaten und Fachreferate beschafft.	<ul style="list-style-type: none"> Anstieg des Anteils der direkten Beschaffung durch ausgehandelte Vereinbarungen (wie UN Web Buy) 	Anteil der direkten Beschaffung Ende 2005	10%-iger Anstieg bei der direkten Beschaffung
4. Sicherheit und Schutz der Liegenschaften verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Zahl der WHO-Dienststellen, die die Mindestnormen für einen sicheren Betrieb einhalten 	Zahl der die Normen einhaltenden Dienststellen	Alle Dienststellen
5. Liegenschaften verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> Aktualisierter rollierender 10-Jahresrahmenplan für Liegenschaftsprojekte Anteil Projekte, die aus dem Liegenschaftstopf finanziert sind, die von der erkannten vorbildlichen Praxis der örtlichen Bau- und Umweltnormen abweichen 	Rahmenplan des vergangenen Haushaltszeitraums Anteil der umgesetzten Projekte, die von der vorbildlichen Praxis Ende 2005 abweichen	Rollierender 10-Jahresrahmenplan angenommen Weniger als 10% der umgesetzten Projekte weichen von der vorbildlichen Praxis ab

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				134 617	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Infrastruktur und Logistik** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

LEITENDE ORGANE

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die Mitgliedstaaten leisten ihren offiziellen Beitrag zur Arbeit der WHO durch eine Reihe von leitenden Organen auf globaler und regionaler Ebene. Die Arbeit der WHO trägt auch zu den Vereinten Nationen als Ganzes bei und wird umgekehrt von ihnen beeinflusst und die Verbindung der leitenden Organe der WHO zu denen der relevanten Teile dieses Systems ist wichtig.

Da die Gestaltung einer bedarfsgerechten Gesundheitspolitik immer komplexer und zugleich ausschlaggebender wird, müssen die leitenden Organe der WHO auf die effizienteste und wirksamste Art und Weise Informationen erhalten und unter Rahmenbedingungen arbeiten können, die durchdachte Entscheidungen auf globaler und regionaler Ebene ermöglichen. Die gründliche und überlegte Auswahl der dringlichsten Problemkomplexe, transparentere Diskussionen und eine stärker partizipatorisch ausgerichtete Mitsprache sind unabdingbar, um die Debatte während der mittlerweile kürzeren und vom Umfang der Dokumentation her weniger belasteten Tagungen der leitenden Organe konzentrierter führen zu können. Bei der Aufstellung der Tagesordnungen und der Überlegung, welche Themen als vorrangig zu betrachten sind, muss der Dialog zwischen den Mitgliedstaaten und zwischen den leitenden Organen auf regionaler und globaler Ebene weitergeführt werden, damit man in Fach- und Grundsatzfragen Einigung erzielen kann.

Da sich die Anzahl der Sitzungen für die leitenden Organe erhöht hat, die Teilnahme gewachsen ist und die Anforderungen an Dokumentation und Information komplexer wurden, ist auch die Belastung der Sprach-, Dokumentations-, Reproduktions- und Tagungsdienste durch ihre anspruchsvolle, qualifizierte und unter starkem Druck erfolgende Arbeit gewachsen. Da zudem der Sprachenpluralismus wichtig ist, um allen Mitgliedstaaten Zugang zu genauen und prägnanten wissenschaftlichen und fachlichen Informationen zu sichern, muss ein erhebliches Ausmaß an Material redigiert und in alle offiziellen Sprachen der Organisation übersetzt und in ihnen verfügbar gemacht werden. Neue Techniken erleichtern die Verbreitung der Dokumentation, machen es beispielsweise möglich, die Unterlagen für die Tagungen der leitenden Organe schnell über das Internet zugänglich zu machen. Damit sichergestellt ist, dass die Dokumente überall verfügbar sind, müssen jedoch auch weiterhin herkömmlich gedruckte Unterlagen verschickt werden.

Der Sprachenpluralismus in der gesamten WHO muss im Zusammenhang mit den Mitteilungen der Organisation an die Mitgliedstaaten und die Welt thematisiert werden.

Die Zunahme bei untergeordneten Tagungen der leitenden Organe hat zu einem gestiegenen Bedarf an Sprachdiensten geführt und bedeutet, dass die Kosten in diesem Arbeitsbereich erheblich gestiegen sind. Die hohen Kosten einzelner Tagungen, insbesondere auf regionaler Ebene, haben bedeutet, dass nur wenige Länder es in Erwägung ziehen konnten, Gastgeber der Tagungen zu werden.

ZIEL

Für ein tragfähiges internationales Public-Health- und Entwicklungskonzept zu sorgen, das den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten entspricht.

WHO- VORGABEN

Eine gute Führung der WHO durch wirksame Vorbereitung und Durchführung regionaler und globaler Tagungen der leitenden Organe und wirksame Verfahren bei der Grundsatzarbeit sicherzustellen.

Indikator

- Größere Übereinstimmung bei den Erörterungen auf der Weltgesundheitsversammlung, im Exekutivrat und den Regionalkomitees

STRATEGISCHES VORGEHEN

Ausdehnung und Verbesserung der Kommunikations- und Koordinationskanäle zwischen Mitgliedstaaten, regionalen und globalen leitenden Organen und dem WHO-Sekretariat; wirksamere Nutzung der Technik und bessere Steuerung während der gesamten Vorbereitung, um die Bereitstellung prägnanter und präziser Dokumentation zu beschleunigen; sorgfältige Prüfung der Tagesordnungen der leitenden Organe zur Sicherung ihrer Relevanz für die Grundsatzarbeit der WHO; Entwicklung von Methoden zur Förderung der Beteiligung der Mitgliedstaaten, von VN-Organisationen und anderen zwischenstaatlichen Organen an der Arbeit der leitenden Organe.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGS- LAGE	EINZEL- ZIELE
1. Resolutionen verabschiedet, die den Schwerpunkt auf Grundsatz- und Strategiefragen legen und den Mitgliedstaaten wie dem WHO-Sekretariat klare Orientierungen für ihre Umsetzung an die Hand geben.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der verabschiedeten Resolutionen, deren Schwerpunkt auf Grundsatzfragen liegt und die auf globaler, regionaler und nationaler Ebene umgesetzt werden können • Angemessenheit der gesundheitlichen Aspekte im Inhalt von Resolutionen und Grundsätzen andere Organe der Vereinten Nationen 		
2. Die Kommunikation zwischen den Mitgliedstaaten, den Mitgliedern des Exekutivrats und dem WHO-Sekretariat verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit der wirksamen Nutzung der zwischen den Mitgliedstaaten und den leitenden Organen auf globaler, regionaler und Länderebene bestehenden Kommunikationskanäle für Fragen, die die Arbeit der WHO betreffen 		
3. Tagungen der leitenden Organe in allen offiziellen Sprachen der WHO auf globalem Niveau und in allen vereinbarten Sprachen für die Regionalkomitees gehalten.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Tagungen der leitenden Organe in den entsprechenden offiziellen Sprachen • Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit der Dokumentation in den offiziellen Sprachen • Angemessenheit des Sprachenpluralismus in der WHO 		
4. Kommunikation und Koordination bei der Festlegung der Arbeitsprogramme der regionalen und globalen leitenden Organe verbessert.	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Übereinstimmung der Tagesordnung und der Resolutionen der regionalen und globalen leitenden Organe 		

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				37 403	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Leitende Organe** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

EXTERNE BEZIEHUNGEN

PROBLEME UND HERAUSFOR- DERUNGEN

Die WHO fördert durch ihre Mitgliedstaaten die Eingliederung einer gesundheitlichen Dimension in die soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Entwicklung und versucht damit sowie durch das Zusammengehen mit anderen Organen des Systems der Vereinten Nationen und mit einer Reihe von Institutionen, die in anderen Bereichen Wissen und Erfahrung zu bieten haben, eine größere Wirkung zu erzielen. Die Zusammenarbeit der WHO mit ihren derzeitigen und künftigen Partnern läuft über das Referat für externe Beziehungen.

Zu diesem Zweck unterhält die WHO Arbeitsbeziehungen zu zwischenstaatlichen, staatlichen und nichtstaatlichen Partnern, zu regionalen politischen Organen und parlamentarischen Gruppierungen. Die Zusammenarbeit mit Entwicklungsbanken und Institutionen der Europäischen Union hat sich weiterentwickelt und muss noch ausgebaut werden. Die WHO beteiligte sich auch führend an mehreren wichtigen Initiativen zur Koordinierung der gesundheitsbezogenen Aktivitäten im System der Vereinten Nationen und war darum bemüht, der Gesundheit auf der Agenda der Weltgemeinschaft einen herausragenden Platz zu sichern.

Die Mitgliedstaaten stellen die Kernressourcen und die außerordentlichen Ressourcen der Organisation. Die von der Organisation verfolgten Bemühungen um eine nachhaltigere Finanzierung der WHO-Aktivitäten führten zu einer besseren Angleichung der freiwilligen Beiträge an den Programmhaushalt der WHO. Mehrere Regierungen sind dazu übergegangen, ihre Unterstützung gleich für mehrere Jahre festzulegen, was die Vorausplanung und die Kohärenz der Aktivitäten sichert. Bei einer offiziellen Konsultationstagung für interessierte Akteure wird die Arbeit der WHO insgesamt erörtert. Angesichts des sich rasch wandelnden Umfelds für die Entwicklungszusammenarbeit wird diese Spendergrundlage verbreitert, der Finanzierungsbedarf der WHO-Aktivitäten gedeckt werden kann. Ein gezieltes Herantreten an Stiftungen, u. a. im Rahmen globaler Bündnisse, erbringt ebenfalls eine wesentlich verstärkte Unterstützung.

Inzwischen wächst die Erkenntnis, dass eine engere Zusammenarbeit mit dem Privatsektor für die Verbesserung gesundheitlicher Resultate nützlich ist. Die WHO ist zunehmend in öffentlich-privaten Partnerschaften und globalen Bündnissen zu finden, an denen sich eine ganze Bandbreite von interessierten Akteuren beteiligt.

In ihrer künftigen Arbeit auf dem Gebiet der Beziehungen zwischen öffentlichem und privatem Sektor wird die WHO die Zusammenarbeit mit Unternehmen betonen, um den Zugang zu gesundheitsbezogenen Gütern zu verbessern. Sie wird Forschung und Entwicklung fördern, darauf hinwirken, dass Unternehmen ihre für die Gesundheit der Bevölkerung schädlichen Praktiken ändern, und die Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Anknüpfung von Beziehungen zum Privatsektor unterstützen. Zu diesem Zweck wurden für die Fachprogramme Rahmenleitlinien entworfen. Der Ausschuss für die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor überprüft alle Vorschläge, um den Generaldirektor beraten zu können.

Nichtstaatliche Organisationen spielen bei der Gestaltung und Umsetzung globaler und nationaler gesundheitspolitischer Konzepte eine wachsende Rolle. Ihr Beitrag schlägt sich in den unterschiedlichen wechselseitigen Beziehungen mit der WHO nieder. Die WHO unterhält ein System für offizielle Beziehungen zu solchen Organisationen, muss darüber hinaus die Kooperationsvereinbarungen aber auch kohärenter und effizienter machen, den Dialog mit der Zivilgesellschaft verbessern sowie mit und durch Organisationen in den Mitgliedsländern effizientere Überzeugungsarbeit und aufsuchende Arbeit leisten.

Die Organisation arbeitet also insgesamt stärker mit Partnern, was die Frage nach der strategischen Handhabung eines gesamtorganisatorischen Vorgehens aufwirft und das Risiko von Interessenkonflikten erhöht. Die bestehenden Regeln und Methoden für die Anknüpfung von Partnerschaften müssen weiterentwickelt werden und insbesondere die Grundsätze einer guten Regierungsführung, die Achtung vor dem Mandat der WHO und die Förderung der öffentlichen Gesundheit berücksichtigen.

Die Beziehungen zu den Medien und die Bereitstellung von Informationen für die Allgemeinheit sind wichtig, um in der Bevölkerung das Bewusstsein für gesundheitliche Fragen zu schärfen und der WHO ein positives Image zu verschaffen. Wenn sichergestellt ist, dass die WHO „mit einer Stimme“ spricht, wird das die Wirkung einer gemeinsamen, auf fundierten Erkenntnissen beruhenden Botschaft verstärken und das Image der WHO verbessern.

In Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen und mit dem Privatsektor sowie durch die Regionalbüros der WHO richten sich die Bemühungen auf eine verbesserte Unterstützung der Bevölkerungsgesundheit; diesem Zweck dienen das Gesundheitsakademie-Projekt, die Überzeugungsarbeit und der Nachweis der Aktivitäten externer Partner in den Ländern.

ZIEL

Sicherzustellen, dass gesundheitliche Ziele in die übergeordnete Entwicklungspolitik übernommen werden und die für die Gesundheit vorhandenen Ressourcen aufgestockt werden.

WHO-VORGABEN Aushandlung, Erhaltung und Ausweitung von Partnerschaften für die Gesundheit weltweit; Stärkung der WHO-Zusammenarbeit mit zwischenstaatlichen und staatlichen Organen, Organisationen der Zivilgesellschaft, dem Privatsektor und Stiftungen sowie Sicherung der Ressourcengrundlage der Organisation.

Indikator

- Zahl der mit Organen des Systems der Vereinten Nationen, mit dem Privatsektor und der Zivilgesellschaft eingegangenen funktionierenden Partnerschaften

STRATEGISCHES VORGEHEN Respektierung des von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Programms, Einführung von Maßnahmen zur Handhabung von Interessenkonflikten mit dem Privatsektor, Erleichterung des Informationsaustauschs unter wichtigen Zielgruppen des Gesundheitsinformationsmarktes, stärkere Förderung der Gesundheitsagenda in politischen und sozioökonomischen Bereichen, verschärftes Bewusstsein der Mitarbeiter für eventuelle Probleme der Zusammenarbeit mit dem Privatsektor, u. a. für Interessenkonflikte.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Partnerschaften für Gesundheit weltweit ausgedehnt und tragfähig gestaltet; Zusammenarbeit mit zwischenstaatlichen und staatlichen Organen, Organisationen der Zivilgesellschaft, dem Privatsektor und Stiftungen verstärkt und die Ressourcengrundlage für die Arbeit der WHO gesichert.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Konsultations- und Informationstreffen mit WHO-Schwesterorganisationen, anderen Organisationen und interessierten Akteuren im Gesundheitssektor • Zahl der Politikbereiche, in denen Übereinstimmung mit anderen interessierten Akteuren besteht 		
2. Wirksame Mechanismen für die Koordinierung von Beiträgen zu wichtigen internationalen Foren, u. a. zu großen Konferenzen und Gipfeltreffen der Vereinten Nationen und zu den Millenniums-Entwicklungszielen, und Koordinierung des davon ausgehenden Feedbacks.	<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit sich die gesundheitlichen Ziele und vorrangigen Anliegen der WHO in Abschluss-erklärungen und Aktionsplänen auf globalen, regionalen und nationalen Konferenzen niederschlagen und in die Entwicklungsagenda Eingang finden 		
3. Der WHO neue Partner verschafft, vor allem durch globale Bündnisse und verbessertes Zusammengehen mit dem Privatsektor.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Partner aus dem Privatsektor, die mit der WHO daran arbeiten, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern • Zahl der vom Ausschuss für die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor vorgenommenen Bewertungen und Niveau der Unterstützung für Regionen und für Cluster im Hauptbüro 		
4. Verbessertes Wissen über nichtstaatliche Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft, die mit der WHO zusammenarbeiten, und verstärkte Transparenz durch verbesserte Kommunikation und einen besseren Grundsatzdialog.	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl der angesprochenen Organisationen, die von Fortbildungssitzungen und Seminaren profitiert haben, bei denen WHO-Grundsatzpapiere, Instrumente und Leitlinien für die Zusammenarbeit mit Organisationen der Zivilgesellschaft behandelt wurden 		
5. Das Gesundheitsakademie-Projekt auf Ver-suchsbasis auf Mitgliedstaaten in allen Regionen ausgedehnt.	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Mitgliedstaaten, in denen die Gesundheitsakademie eingerichtet wurde 		

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge^a	Freiwillige Beiträge	Gesamt- finanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				35 600	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Der Arbeitsbereich **Externe Beziehungen** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da er praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

AUSRICHTUNG

PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN Das übergeordnete Thema der Organisation lautet auch weiterhin „Resultate in den Ländern“, was das leitende Management vor die Herausforderung stellt, die Aktivitäten so umzusetzen, dass sie den Prioritäten und Anliegen der Mitgliedstaaten entsprechen und zugleich die Stärken ausnutzen, die sich durch die Synergiewirkungen der Arbeit des Hauptbüros sowie der Regional- und Länderbüros ergeben.

Die Organisation muss den Anteil der für die Länderebene vorgesehenen Ressourcen weiterhin erhöhen, zugleich aber durch die Wahrnehmung ihrer Stewardship-Funktion die inhaltliche Verantwortung für ihre Tätigkeiten beibehalten. Dabei ist ein angemessenes Gleichgewicht zwischen der Bereitstellung von globalen öffentlichen Gütern und der Unterstützung von Maßnahmen auf Länderebene zu wahren.

Insgesamt wird die WHO auch weiterhin aktiv messbare gesundheitliche Resultate anstreben, insbesondere Ergebnisse, die Bezug zu den Millenniums-Entwicklungszielen haben. Nach dem Übergang zur resultatbasierten Planung und Budgetierung wird sich die Organisation jetzt gründlicher um ein resultatbasiertes Auditing bemühen, um ein Höchstmaß an Effizienz und verantwortlicher Rechenschaftslegung zu sichern.

Da sich weltweit immer mehr und immer unterschiedlichere Organisationen an der Arbeit im Gesundheitsbereich beteiligen, muss die WHO die politische und fachliche Führungsfähigkeit beweisen, die für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, den Auf- und Ausbau einer gesundheitlichen Infrastruktur und die Umsetzung einer Gesundheitspolitik erforderlich ist.

Außerdem muss die WHO eine Organisationskultur schaffen, die durch strategisches Denken, prompte und wirksame Maßnahmen, Teamarbeit, Flexibilität, Vernetzung und Innovation tragfähige Resultate produziert.

ZIEL Die Gesundheit der Bevölkerungen weltweit zu fördern und zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele beizutragen, wobei sich die Bemühungen insbesondere auf die Länderebene richten.

WHO-VORGABEN Ausrichtung der Arbeit der Organisation im übergeordneten Rahmen der WHO-Satzung, so dass die gesamte Organisation maximal zu der Arbeit der Mitgliedstaaten beiträgt, die sich um wesentliche Verbesserungen des Gesundheitszustands ihrer Bevölkerungen bemühen.

Indikator

- Umfang der in allen Arbeitsbereichen des Programmhaushalts geleisteten Arbeit, der sich an der Leistungsbewertung am Ende des Haushaltszeitraums und an Programm- und Themenevaluierungen ablesen lässt

STRATEGISCHES VORGEHEN Enger und ständiger Austausch mit Mitgliedstaaten und Partnern, gemeinsame institutionelle Weiterentwicklung und Koordination von Maßnahmen zwischen dem Hauptbüro, den Regional- und Länderbüros, erforderliche Sorgfalt bei der Wahrnehmung der Stewardship-Funktion, einer guten organisatorischen Führung und der Erfüllung der Ressourcenaufsichtsfunktion; alles hat in Übereinstimmung mit der WHO-Satzung im Hinblick auf die Schaffung von Resultaten auf Länderebene zu geschehen.

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
1. Wirksame Ausrichtung und effektives Management der Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Stand der Billigung der den leitenden Organen unterbreiteten Berichte 	Billigung aller regelmäßigen Berichte über die Umsetzung von Resolutionen und Beschlüssen	Billigung aller regelmäßigen Berichte über die Umsetzung von Resolutionen und Beschlüssen
2. Kohärenz und Synergiewirkungen in der Arbeit der unterschiedlichen Teile der Organisation.	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Zusammenarbeit und der Koordination der die gesamte Organisation umfassenden Programmplanung und -umsetzung sowie Vermittlung von Konzepten und Strategien bei Treffen leitender Managementmitarbeiter aus der gesamten Organisation 	Koordination der gesamten globalen Planung zwischen den leitenden Managern des Hauptbüros und der Regional- und Länderbüros	Koordination der gesamten globalen Planung zwischen den leitenden Managern des Hauptbüros und der Regional- und Länderbüros

VON DER GESAMTEN ORGANISATION ANGESTREBTE ERGEBNISSE	INDIKATOREN	AUSGANGSLAGE	EINZELZIELE
3. Schutz des Rechtsstatus und der Interessen der Organisation durch prompte und genaue Rechtsberatung und -dienste.	<ul style="list-style-type: none"> Flexible Reaktion auf Bitten um Rechtsberatung und -dienste 	Alle Rechtsanfragen behandelt und dokumentiert	Alle Rechtsanfragen behandelt und dokumentiert
4. Bewusstsein der Mitgliedstaaten und der globalen Partner für die Arbeit und die Funktion der WHO und für ihren Beitrag zu wesentlichen Entwicklungen der gesundheitlichen Infrastruktur, Dienste, Politik und Resultate.	<ul style="list-style-type: none"> Genauigkeit der Darstellung der Arbeit der WHO in wichtigen internationalen, regionalen und landesspezifischen Medien 	Sorgfältige Berichterstattung über alle vorrangigen Programme der WHO an die relevanten Medien	Sorgfältige Berichterstattung über alle vorrangigen Programme der WHO an die relevanten Medien
5. Bereitstellung von Fördermitteln und Anschubfinanzierung für in die Zuständigkeit des Generaldirektors und der Regionaldirektoren fallende Programme mit besonderem Ressourcenbedarf.	<ul style="list-style-type: none"> Strategische Zuweisung von Mitteln aus dem Entwicklungsfonds des Generaldirektors und der Regionaldirektoren für Aktivitäten und Initiativen, die den Satzungsauftrag der Organisation fördern 	Mittelzuweisung nach Anweisungen des Generaldirektors und der Regionaldirektoren	Mittelzuweisung nach Anweisungen des Generaldirektors und der Regionaldirektoren

MITTEL (IN TAUSEND US-\$)

		Ordentliche Beiträge ^a	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Prozentsatz nach Ebene
INSGESAMT 2004–2005					
INSGESAMT 2006–2007				28 590	
Zuweisungsebene	Länder				
	Region				
	Hauptbüro				
	Prozentsatz nach Finanzierungsquelle				

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

Die **Ausrichtung** ermöglicht der Organisation eine wirksame fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Da dieser Arbeitsbereich praktisch alle Fachaktivitäten unterstützt, wurde er nicht in die Tabellen aufgenommen, aus denen die Querverbindungen zwischen den Arbeitsbereichen hervorgehen.

III. STATISTISCHE ANHÄNGE

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Afrika								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Afrika								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Gesamtamerika								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Gesamtamerika								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Südostasien								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Südostasien								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Europa								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Europa								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Östliches Mittelmeer								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfina- nanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfi- nanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfi- nanzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Östliches Mittelmeer								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

DETAILLIERTE MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL)^a

Arbeitsbereich	Westpazifik								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfina- nanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfi- nanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfi- nanzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten									
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten									
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien									
Malaria									
Tuberkulose									
HIV/Aids									
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten									
Gesundheitsförderung									
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch									
Tabak									
Ernährung									
Gesundheit und Umwelt									
Lebensmittelsicherheit									
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen									
Reproduktive Gesundheit									
Die Schwangerschaft risikoärmer machen									
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit									
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen									
Immunisierung und Impfstoffentwicklung									
Unentbehrliche Arzneimittel									
Unentbehrliche Gesundheitstechnik									
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen									

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

UND VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), NACH REGION, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Arbeitsbereich	Westpazifik								
	Länder			Region			Insgesamt		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfiananzierung
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung Humanressourcen für die Gesundheit Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik Katastrophenschutz Kernpräsenz der WHO in den Ländern Wissensmanagement und Informationstechnik Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion Management der Humanressourcen in der WHO Haushalt und Finanzmanagement Infrastruktur und Logistik Leitende Organe Externe Beziehungen Ausrichtung									
Zwischensumme									
Wechselkurs-sicherung Liegenschaftsfonds Fonds für Informationstechnik Sicherheitsfonds									
Insgesamt									

MITTELZUWEISUNG NACH ARBEITSBEREICHEN UND BÜROS (ORDENTLICHE MITTEL^a UND

Arbeitsbereich	Regionen					
	Land			Region		
	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten						
Forschung auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten						
Warnungen und Gegenmaßnahmen bei Epidemien						
Malaria						
Tuberkulose						
HIV/Aids						
Überwachung, Verhütung und Management von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten						
Gesundheitsförderung						
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch						
Tabak						
Ernährung						
Gesundheit und Umwelt						
Lebensmittelsicherheit						
Gewalt, Verletzungen und Behinderungen						
Reproduktive Gesundheit						
Die Schwangerschaft risikoärmer machen						
Gleichstellung der Geschlechter, Frauen und Gesundheit						
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen						
Immunisierung und Impfstoffentwicklung						
Unentbehrliche Arzneimittel						
Unentbehrliche Gesundheitstechnik						
Gesundheitsfördernde Politikgestaltung in Entwicklungsprozessen						
Gesundheitssystempolitik und Leistungserbringung						
Humanressourcen für die Gesundheit						
Finanzierung des Gesundheitswesens und sozialer Schutz						
Gesundheitsinformation, Evidenz und Forschungspolitik						
Katastrophenschutz						
Kernpräsenz der WHO in den Ländern						
Wissensmanagement und Informationstechnik						
Planung, Ressourcenkoordination und Aufsichtsfunktion						
Management der Humanressourcen in der WHO						
Haushalt und Finanzmanagement						
Infrastruktur und Logistik						
Leitende Organe						
Externe Beziehungen						
Ausrichtung						
Zwischensumme						
Wechselkurssicherung						
Liegenschaftsfonds						
Fonds für Informationstechnik						
Sicherheitsfonds						
Insgesamt						

^a Schließt Sonstige Einnahmen ein.

VERANSCHLAGTE FREIWILLIGE BEITRÄGE INSGESAMT), ALLE EBENEN, 2006–2007 (IN TAUSEND US-\$)

Total			Hauptbüro			INSGESAMT		
Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung	Ordentliche Beiträge	Freiwillige Beiträge	Gesamtfinanzierung

