



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Siebenundfünfzigste Tagung**

**Belgrad, Serbien, 17.–20. September 2007**

Punkt 7 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC57/6

30. Juni 2007

73393

ORIGINAL: ENGLISCH

**Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des  
WHO-Regionalkomitees für Europa**

Das vorliegende Dokument enthält Informationen über Maßnahmen zur Weiterverfolgung einiger auf früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterter Themen und über die Umsetzung von Resolutionen und Strategien sowie die Vorbereitung wichtiger Veranstaltungen.

Die hier ausgewählten Folgemaßnahmen betreffen nachstehende Themen:

- Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas,
- Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme,
- Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten,
- Aktuelles zum Thema Gesundheitssicherheit,
- Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (Jahresbericht).

Die Arbeit in jedem dieser Bereiche erfolgt im Rahmen der übergeordneten Länderstrategie der Europäischen Region und ihrer aktuellen Phase einer Stärkung der Gesundheitssysteme sowie in Übereinstimmung mit den Prioritäten aus den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit 33 Mitgliedstaaten.

Jedes dieser Themen wird während der Tagung gesondert vorgestellt und erörtert.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Weiterverfolgung der Ergebnisse der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas .....	1
Vom WHO-Regionalbüro für Europa geförderte regionsweite Entwicklungen .....	1
Verbreitung.....	1
Schaffung von Bündnissen, Partnerschaften und Grundsatzdialog .....	1
Überwachung und konzeptionelle Analyse .....	2
Entwicklung von Grundsatzinstrumenten .....	2
Förderung körperlicher Betätigung .....	2
Prüfung und Unterstützung konzeptioneller Entwicklungen seit der Ministerkonferenz .....	3
Entstehung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung.....	4
Durchführung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme .....	5
Einführung.....	5
Fortschritte in der Unterstützung von Mitgliedstaaten bei der Erarbeitung und Umsetzung ihrer Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme .....	5
Ordnungs- und Leitungsfunktion.....	6
Finanzierung .....	7
Leistungserbringung .....	7
Erzeugung von Ressourcen .....	9
Vorarbeiten zur Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008.....	10
Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten .....	12
Einführung.....	12
Bewusstsein und Verbreitung.....	12
Aktionsplan zur Strategieumsetzung.....	12
Netz nationaler Ansprechpersonen.....	12
Einbindung wichtiger Partner in ein Bündnis gegen nichtübertragbare Krankheiten .....	13
Länderspezifische Unterstützung .....	13
Arbeitsbereiche hoher Priorität .....	14
Bericht über nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region.....	14
Maßnahmen in thematisch verwandten Gebieten .....	14
Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region der WHO – Zwischenbericht.....	15
Hintergrund .....	15
Erzielte Fortschritte .....	15
Aufbau institutioneller Bereitschaft .....	17
Weitere Fachunterstützung beim Wiederaufbau der zerrütteten Gesundheitssysteme .....	17
Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC).....	19
Zusammenfassung .....	19
Einführung.....	19
EEHC-Tagungen .....	19
Treffen der Arbeitsgruppe zum CEHAPE.....	20
Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen .....	20
Jugendvertretung und -einbindung in den EEHC.....	21
Zwischenstaatliche Zwischenbilanztagung 2007 .....	21



## Weiterverfolgung der Ergebnisse der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas

1. Im November 2006 konferierten Gesundheitsminister und Staatssekretäre aus 46 Ländern der Europäischen Region der WHO und über 500 Teilnehmende, darunter Vertreter der Europäischen Kommission, des Nordischen Ministerrates, des Europarates, der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), der Weltbank, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), der Internationalen Arbeitsorganisation, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, der Aktionsplattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit der Europäischen Union (EU) sowie nicht-staatliche Organisationen und Sachverständige, in Istanbul und unterstrichen die dringende Notwendigkeit von Maßnahmen gegen die Adipositas-Epidemie. Auf der Ministerkonferenz wurde die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas unterzeichnet. Zur Weiterverfolgung aller Ergebnisse der Konferenz gehören regionsweite und vom Regionalbüro für Europa erleichterte Entwicklungen, die Prüfung und Unterstützung der konzeptionellen Weiterentwicklung in den Ländern und die Erarbeitung eines zweiten Aktionsplans Nahrung und Ernährung für die Europäische Region samt einer detaillierten Liste vordringlicher Maßnahmen, welche gegen die wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen für die Region, insbesondere Adipositas und ernährungsbedingte chronische Erkrankungen, durchgeführt werden sollen.

### Vom WHO-Regionalbüro für Europa geförderte regionsweite Entwicklungen

#### Verbreitung

2. Die Charta wurde offiziell am 20. Februar 2007 beim WHO-Regionalbüro für Europa in Anwesenheit Ihrer Königlichen Hoheit, Kronprinzessin Mary von Dänemark, und des WHO-Direktors für Europa vorgestellt. Sie wird jetzt an alle Mitgliedstaaten versandt und wurde auf nationalen und internationalen Tagungen präsentiert. Mehrere Staaten haben sie in ihre Landessprachen übersetzt. Der Konferenzbericht wurde gedruckt und an die Mitgliedstaaten verschickt. Die Publikation *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO* wurde in deutscher, englischer, französischer und russischer Sprache veröffentlicht und wird jetzt verbreitet. Sie ist die Zusammenfassung eines noch zu veröffentlichenden ausführlicheren Textes. Die Charta wird viel gelesen und in wissenschaftlichen und konzeptionellen Schriften<sup>1</sup> auch außerhalb der Europäischen Region zitiert, namentlich in den Vereinigten Staaten und in Kanada.

#### Schaffung von Bündnissen, Partnerschaften und Grundsatzdialog

3. Der Austausch und die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission verlaufen kontinuierlich. Am 30. Mai 2007 veröffentlichte die Kommission ein Weißbuch,<sup>2</sup> in dem sie sich zur Zusammenarbeit mit der WHO bei der weiteren Verfolgung der Inhalte der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas bekennt und erklärt, zu diesem Zweck ein Überwachungssystem für Ernährung und körperliche Bewegung für die 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union aufbauen und sich an der Entwicklung und Umsetzung des zweiten Aktionsplans Nahrung und Ernährung der Europäischen Region der WHO beteiligen zu wollen. Das Regionalbüro hat mit Ansprechpersonen in Mitgliedstaaten Gespräche über die Vernetzung von Ländern geführt, welche sich ausdrücklich zur Umsetzung von in der Charta skizzierten Maßnahmen verpflichten. Das Vereinigte Königreich hat eine führende Rolle in einem Netzwerk zur Verringerung des Salzanteils in industriell erzeugten Lebensmitteln zugestimmt, Norwegen wird die Führung in einem Netzwerk zur Beschränkung der Vermarktung von Lebensmitteln und nichtalkoholischen Getränken an Kinder übernehmen und Portugal wird dem Netzwerk zur epidemiologischen Überwachung von Adipositas im Kindesalter vorstehen. Mit FAO, UNICEF und der Europäischen Behörde für

---

<sup>1</sup> *Implementation of the Committee's work programme*. Genf, Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, 2007 (ECE/AC.21/SC/2007/8) ([http://www.thepep.org/en/committee/documents/ECE\\_AC.21\\_SC\\_2007\\_8.pdf](http://www.thepep.org/en/committee/documents/ECE_AC.21_SC_2007_8.pdf), eingesehen am 5. Juli 2007).

<sup>2</sup> Weißbuch, Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa. Brüssel, Europäische Kommission, 2007 (KOM(2007) 279 endgültig) [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_wp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_de.pdf), eingesehen am 5. Juli 2007).

Lebensmittelsicherheit wurden Koordinierungstreffen für gemeinsame Aktivitäten durchgeführt. Die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas wurde auch vorgestellt auf der 34. Tagung des Ständigen Ausschusses der Vereinten Nationen für Ernährung (Rom, März 2007) und auf der 35. Tagung des Codex-Komitees für Lebensmittelkennzeichnung des Gemeinsamen FAO/WHO-Programms für Lebensmittelstandards (Ottawa, Mai 2007). Auf Treffen mit der European Childhood Obesity Prevention Alliance, der European Public Health Alliance, dem Europäischen Herznetz, dem International Baby Food Action Network sowie dem Europäischen Verbraucherverband wurden gemeinsame Maßnahmen in den Bereichen der Vermarktung von Lebensmitteln an Kinder und der Beobachtung des Engagements privater und öffentlicher Akteure erörtert. Mit der Privatwirtschaft wurde ein Dialog aufgenommen, Treffen wurden mit europäischen Lebensmittelherstellern, Zuckerraffinerien, Betreibern von Verkaufsautomaten, Obst- und Gemüsebauern sowie Produzenten von Snacks und Softdrinks durchgeführt.

### **Überwachung und konzeptionelle Analyse**

4. Zwei Datenbanken, eine für Ernährungspolitik<sup>3</sup> mit Schätzungen der Übergewichts- und Adipositas-Zahlen auf nationaler und regionaler Ebene und eine für gesundheitsförderliche körperliche Betätigung,<sup>4</sup> werden laufend aktualisiert. Für das Internet wird ein neues Daten- und Analysesystem in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission entwickelt. Mit diesem System lässt sich der Bestand an nationalen Grundsatzdokumenten und Durchführungsinstrumenten mit Ergebnisvariablen verknüpfen und man kann die je Land erzielten Fortschritte bei der Erfüllung zentraler Verpflichtungen aus den Grundsatzdokumenten messen, welche auf Ebene von Europäischer Region und Europäischer Union entwickelt wurden, also aus der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas, dem EU-Weißbuch Ernährung, Übergewicht, Adipositas und dem zweiten Aktionsplan Nahrung und Ernährung der Europäischen Region. Das System wird fünf Bereiche erfassen: a) politische Maßnahmen, b) Gesetzgebung, c) bewährte Praktiken, d) Indikatoren für Nahrung, Ernährung und körperliche Betätigung und e) Stand der Umsetzung zentraler Verpflichtungen. Es ermöglicht einen Vergleich zwischen einzelnen Ländern, eine Verknüpfung von Grundsatzdokumenten mit Umsetzungsbeispielen und eine Beurteilung der Umsetzungsfortschritte mithilfe von Prozess- und Ergebnisindikatoren. Eine neu gegründete Initiative für die epidemiologische Überwachung standardisierter Daten zur Kinder-Adipositas umfasst gegenwärtig zwölf Länder. Methoden für den Vergleich und die Zusammenführung der Prävalenzdaten von Übergewicht und Adipositas sowie für die Trendberechnung werden zusammen mit dem WHO-Hauptbüro geprüft.

### **Entwicklung von Grundsatzinstrumenten**

5. Die Europäische Region führt für eine globale Initiative zur Verbesserung der Ernährung und körperlichen Betätigung einen Modellversuch im Schulumfeld durch (Initiative für eine ernährungsfreundliche Schule). Bislang beteiligen sich zehn Länder hieran. Die Initiative berücksichtigt die breite Erfahrung in Ländern der Region mit der Anwendung des schulischen Umfeldes für verbesserte Lebensweisen der jungen Generation, die insbesondere im Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen gesammelt wurden. Eine in mehrere Landessprachen übersetzte Schrift des Regionalbüros zur Nahrungs- und Ernährungspolitik in Schulen wird gegenwärtig verbreitet. Ein neu entwickeltes Instrument zur Berechnung der direkten Kosten der Adipositas wird jetzt überprüft und erprobt.

### **Förderung körperlicher Betätigung**

6. Die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas hat die Arbeit im Bereich körperliche Betätigung beflügelt, auch in Bereichen, die über die Prävention der Adipositas hinausgehen. Das Regionalbüro versucht körperliche Betätigung schärfer zu profilieren, indem es die aktuellen konzeptionellen Rahmen stärkt, beispielhafte Praktiken veröffentlicht und öffentliches Bewusstsein schafft. Das europäische Rahmenkonzept zur Förderung von Bewegung für Gesundheit wurde fertig gestellt und verbreitet. Ausgewählte Ländervertreter wurden zu einer Studienreise eingeladen, um selbst die wirksamsten Konstruktionen und Projekte zur Hebung des allgemeinen Bewegungsniveaus zu beobachten. Am 10. Mai

---

<sup>3</sup> Datenbank für Ernährungspolitik [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://data.euro.who.int/Nutrition/>, eingesehen am 5. Juli 2007).

<sup>4</sup> International inventory of documents on physical activity promotion [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://data.euro.who.int/PhysicalActivity/>, eingesehen am 5. Juli 2007).

wurde in einer regionsweiten Kampagne der *Move for Health Day* begangen, mit ihm und einer von Finnland unterstützten zentralen Initiative sollte das Bewusstsein der Öffentlichkeit geweckt werden.

## Prüfung und Unterstützung konzeptioneller Entwicklungen seit der Ministerkonferenz

7. Die konzeptionelle Weiterentwicklung seit der Ministerkonferenz verlief in den Mitgliedstaaten teils mit direkter Unterstützung und Beteiligung der WHO. Einige Beispiele werden hier genannt, ein umfassenderes Bild wird der für 2010 geplante erste Zwischenbericht enthalten.

8. Während ihres **EU-Ratsvorsitzes** veranstaltete die deutsche Regierung im Februar 2007 eine Konferenz für gesundheitliche Prävention unter dem Motto: Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität. Durch Konferenz und abschließendes Memorandum wollte Deutschland politische Maßnahmen stützen, die sich an die Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas anschlossen. Portugal und Slowenien werden diesen Stab zum Zeitpunkt ihrer EU-Ratsvorsitze aufnehmen und Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Bereich von Bewegung und Ernährung vorantreiben. Die Europäische Charta wird als Hintergrund der Schlussfolgerungen zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention des Rates der Europäischen Union erwähnt.<sup>5</sup>

9. Mehrere Mitgliedstaaten haben **politische Maßnahmen** ergriffen, welche die Empfehlungen der Ministerkonferenz und den Entstehungsprozess des zweiten Aktionsplans Nahrung und Ernährung der Europäischen Region widerspiegeln. Italien hat eine neue Strategie für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten auf den Weg gebracht, die das Motto *Zugewinn an Gesundheit* trägt und ausdrücklich die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas und die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erwähnt. Portugal hat eine nationale Strategie entwickelt, welche die Bereiche primäre, sekundäre und tertiäre Prävention erfasst und deutlich Akteure, Ressourcen und zeitliche Rahmen benennt. Neue Konzepte zu Adipositas und Ernährung wurden von Kroatien (Aktionsplan gegen Übergewicht und für Adipositas-Prävention und -Therapie 2007–2011) und Norwegen (Aktionsplan Ernährung 2007–2011) erarbeitet. Die Russische Föderation erarbeitet gerade ein Grundsatzpapier zu Ernährung, das auf den Prinzipien der vorgelegten Skizze für den zweiten Aktionsplan der Region beruht. Deutschland und die Schweiz überprüfen gerade ihre politischen Maßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung. Das schweizerische Programm beruht auf der Globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit und der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas.

10. Besondere **Kooperationsmechanismen** sind in Italien und Portugal zur Koordinierung von Initiativen im Bereich der Adipositas-Prävention geschaffen worden. Im Mai 2007 stellte Portugal seine Plattform gegen Adipositas vor, die einen integrierten, sektorübergreifenden Ansatz vorsieht. Im Vereinigten Königreich wurde mit dem Obesity National Support Team ein Rat geschaffen, der Empfehlungen für eine bessere Praxis vor Ort abgeben und Handlungsorientierung vermitteln soll. In Kroatien wurde eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe für die Ausarbeitung eines Aktionsplans zur Verringerung von Übergewicht und Adipositas gegründet.

11. Einige Länder haben konkrete **Rechtsvorschriften oder Gesetze** erlassen oder sind im Begriff es zu tun. Das Vereinigte Königreich hat an Kinder gerichtete Reklame in Fernsehen, Radio und anderen Medien eingeschränkt. Seit Februar 2007 schreibt Frankreich bei Lebensmittelwerbung die Einbeziehung bestimmter Gesundheitsbotschaften für Fernsehen, Radio, Zeitungen, Plakate, Handzettel, Internet und Mobiltelefonie vor. Portugal entwickelt neue Gesetze zur Vermarktung und Bewerbung von Lebensmitteln unter Kindern und Teenagern. Kroatien plant die Regulierung von Verkaufsautomaten in Kindergärten, Schulen, Sportstätten und Krankenhäusern.

12. **Leitlinien** für eine Verbesserung aushäusig eingenommener Mahlzeiten und eine gesündere Ernährung in öffentlichen Kantinen wurden in Bulgarien, Deutschland und Italien erarbeitet. Portugal beabsichtigt

---

<sup>5</sup> *Förderung der Gesundheit durch Ernährung und körperliche Bewegung*. Brüssel, Rat der Europäischen Union, 2007 (9363/07) (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/de/07/st09/st09363.de07.pdf>, eingesehen am 5. Juli 2007).

die Verfügbarkeit bestimmter Lebensmittelarten in Geschäften und Kantinen zu regulieren und „gesunde Wahlgerichte“ durch Belohnungssysteme zu fördern. Norwegen wird an Primarschulen kostenlos Obst und Gemüse anbieten. Frankreich gibt in einem Leitfaden zu erkennen, welche Maßnahmen von der Privatwirtschaft in Bezug auf die nutritiven Eigenschaften ihrer Lebensmittelprodukte, die Portionsgrößen, die Zugänglichkeit von Obst und Gemüse, die Vermarktung und Werbung sowie die Schaffung neuer Produkte von höherer Ernährungsqualität erwartet wird.

13. Einige Länder haben **Aufklärungsinitiativen** durchgeführt. Zur Bekämpfung der Adipositas veranstaltete Bulgarien im November 2006 eine Woche lang im ganzen Land Aktivitäten, die ein öffentliches Bewusstsein schaffen und die allgemeine Bevölkerung über die Ministerkonferenz aufklären sollten. In den Niederlanden wurde das Internet zur Förderung gesunder Lebensweisen von Schwangeren genutzt.

### **Entstehung des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung**

14. Die WHO begann die Arbeit an ihrem zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung im Oktober 2005 und schloss sie im Juni 2007 ab. Eine Redaktionsgruppe erstellte eine erste Skizze, die auf der Ministerkonferenz vorgestellt wurde. Zwischen November 2006 und Januar 2007 wurden dann in schriftlicher Konsultation mit den Ansprechpersonen für Ernährung und Lebensmittelsicherheit, nicht-staatlichen und zwischenstaatlichen Organisationen sowie weiteren einschlägigen Sachverständigen wesentliche Beiträge für den ersten Entwurf des zweiten Aktionsplans gewonnen, der mit Unterstützung einer Gruppe von Textverfassern zustande kam. Dieser erste Entwurf wurde dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) vorgelegt, auf einer Zusammenkunft in Deutschland im Februar 2007 erörtert und durch in einer zweiten schriftlichen Konsultation analysiert. Die Stellungnahmen des SCRC und der Ansprechpersonen führten zur Erarbeitung des zweiten Entwurfs, der im Juni 2007 auf der Tagung der Ansprechpersonen für Ernährung und Lebensmittelsicherheit in Paris diskutiert wurde. Der dritte und abschließende Entwurf wird dem Regionalkomitee zur Erörterung auf seiner 57. Tagung vorgelegt.



## **Durchführung von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme**

### **Einführung**

15. Dieser Bericht wird gemäß Absatz 4 des Beschlusstesiles von Resolution EUR/RC55/R8 vorgelegt, in welcher das Regionalkomitee den Regionaldirektor ersuchte:
- a) Schritte zur Mobilisierung der humanen und finanziellen Ressourcen zu unternehmen, die für die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erarbeitung und Umsetzung ihrer Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme, wie sie in Dokument EUR/RC55/9 Rev.1 beschrieben sind, benötigt werden,
  - b) auf der Grundlage eines konsultativen und partizipatorischen Prozesses mit den Mitgliedstaaten unter Sicherstellung der Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Partnerorganisationen im Jahr 2007 oder 2008 eine Europäische Ministerkonferenz zum Thema „Stärkung der Gesundheitssysteme“ zu veranstalten,
  - c) dem Regionalkomitee in den Jahren 2007 und 2009 über die Umsetzung der Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Arbeit des Regionalbüros mit den Ländern der Europäischen Region Bericht zu erstatten.

### **Fortschritte in der Unterstützung von Mitgliedstaaten bei der Erarbeitung und Umsetzung ihrer Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme**

16. Der Zweijahreszeitraum 2006–2007 war für die Europäische Region eine Zeit politischer Stabilität; es gab keine größeren kriegerischen Auseinandersetzungen und die Europäische Union wurde durch neue Mitglieder erweitert. Insgesamt war dies auch eine Zeit wirtschaftlichen Wachstums, das den Mitgliedstaaten im Osten der Region half sich weiter von den Zerrüttungen früherer Zeit zu erholen. Alle Mitgliedstaaten haben weiter danach gestrebt, ihren Bürgern bei großer Wahlfreiheit eine wirksame, hochwertige Gesundheitsversorgung zu bieten. Sie haben dies in ihrem spezifischen nationalen Kontext getan und sich bemüht, Chancengleichheit und Solidarität nicht dem Druck von Kostensteigerungen und Nachhaltigkeit zu opfern. In Ost und West sind stabile Fortschritte bei der Ausgestaltung demokratischer Formen gemacht worden, die den Akteuren unter Federführung der Gesundheitsministerien Gelegenheit zur Verteidigung ihrer legitimen Ansichten und Interessen geben.

17. Das Regionalbüro hat allen Mitgliedstaaten Unterstützung im Bereich Gesundheitssysteme gemäß deren vier Funktionen (Aufsichts- und Schutzfunktion, Finanzierung, Erschließung von Ressourcen sowie Leistungserbringung) angeboten. Dies geschah in Übereinstimmung mit den Prioritäten nach den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit den Ländern und lässt sich wie folgt zusammenfassen: Direkte und indirekte Unterstützung auf Länderebene erfolgte im Bereich Aufsichts- und Schutzfunktion sowie Ordnungspolitik (hierunter Unterstützung für Gesundheitsinformationssysteme) an 26 Mitgliedstaaten, im Bereich Finanzierung an 22 Mitgliedstaaten, im Bereich Erbringung von Gesundheitsleistungen (öffentliche Gesundheit, primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhausversorgung, Qualität usw.) an 28 Mitgliedstaaten und im Bereich Erschließung von Ressourcen (hauptsächlich Pharmazeutika und Humanressourcen für Gesundheit) an 24 Mitgliedstaaten.

18. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik gründet sich auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro, Belgien, Finnland, Griechenland, Norwegen, Slowenien, Schweden und Spanien, der Region Veneto, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Das Observatorium arbeitet in Übereinstimmung mit Resolution EUR/RC55/R8 an einer Reihe von Themen hoher Priorität, die mit der Stärkung der Gesundheitssysteme in Beziehung stehen. Zu den wichtigsten Resultaten zählen die HiT-Profile über Gesundheitssysteme im Wandel, die von Oxford University Press/McGraw Hill für das Observatorium veröffentlichten Bände und Sammlungen aus Fallstudien und Hintergrundpapieren. Auf Länderebene arbeitet das Observatorium eng mit dem Regionalbüro und zentralen Partnern in Fragen des Grundsatzdialogs

zusammen und bringt dabei führende Entscheidungsträger an einen Tisch. Zu den weiter unten aufgeführten aktuellen Beispielen zählen Albanien (Mix öffentlich/privat in der Leistungserbringung), Armenien (Versicherungsformen), Estland, Lettland und Litauen (Personal, Erbringung der Gesundheitsversorgung und Versicherung), Norwegen (Krankenhausreform), Spanien (Dezentralisierung) und Schweden (Chancengleichheit).

### **Ordnungs- und Leitungsfunktion**

19. Zur Ordnungs- und Leitungsfunktion gehört die Formulierung einer Vision und die Benennung von Zielvorgaben für das Gesundheitssystem, das Aufstellen fairer „Spielregeln“ für alle Akteure, die angemessene Regulierung des Umfelds zur Förderung eines rationellen, effizienten, effektiven und (gesellschaftlich) bedarfsgerechten Verhaltens der Anbieter und der Verbraucher, das Eintreten für gesundheitsförderliche Politiken anderer Bereiche und das Einwirken auf gesellschaftliche Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne, das Sammeln von Informationen über die Leistung von Gesundheitssystemen und das Gewinnen von Erkenntnissen für die Grundsatzarbeit. Die Stärkung der Ordnungs- und Leitungsfunktion des Gesundheitssystems rangierte auf der Tagesordnung der Mehrheit der 53 Mitgliedstaaten weit oben. Um nur einige Beispiele zu nennen: Zum Ausdruck kam dies in der Schweiz und in den Niederlanden durch die Betonung der Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems, im Vereinigten Königreich und in Belgien durch das Aufstellen von Zielen, in Finnland durch dessen Führungsrolle in der Europäischen Union beim Thema „Gesundheit in allen Politikfeldern“, in Deutschland durch die Umdefinierung entscheidender Säulen seines Gesundheitssystems usw.

20. Das Regionalbüro hat den Beginn einer Leistungsbeurteilung der Gesundheitssysteme in Armenien, Georgien, Kasachstan, der Russischen Föderation, der Ukraine und Usbekistan unterstützt und sich mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) an einer Leistungsüberprüfung des Gesundheitssystems in der Schweiz beteiligt. Bestandsaufnahmen der Gesundheitspolitik erfolgten in Kroatien und Litauen. In Zusammenarbeit mit anderen Programmen wurden Grundsatzdialoge organisiert zum Mix von öffentlich und privat in der albanischen Gesundheitsversorgung, zu Budgetdefiziten im kroatischen Krankensektor und in Estland für die drei baltischen Staaten zum Thema Führung der Krankenhäuser. Zu Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung wurden Studien in der Tschechischen Republik und in Ungarn sowie in Portugal und in der Russischen Föderation erstellt. Gesundheitsministerien wurden bei der Umstrukturierung im Sinne einer modernen Aufsichts- und Schutzfunktion und des Kapazitätsaufbaus in Aserbaidschan, der Republik Moldau, Rumänien, der Türkei und der Slowakei unterstützt. Fachunterstützung wurde auch für die Erarbeitung von Gesundheitsreformplänen sowie deren Durchführung in Bosnien-Herzegowina, Portugal, Tadschikistan und der Ukraine gegeben. Das Regionalbüro hat zur Arbeit im Rahmen der EU-Ratsvorsitze Finnlands und Deutschlands sowie des bevorstehenden Vorsitzes Portugals beigetragen. Themen regionaler Regierungsführung behandelte das Netzwerk Regionen für Gesundheit, das sich insbesondere mit der Lage subnationaler Gesundheitssysteme in der Europäischen Region befasst.

21. Für weiteren Erkenntnisgewinn wurden mehrere Studien in Auftrag gegeben, von denen eine aus vergleichenden Analysen der Ergebnisse aus dem Weltgesundheitsurvey bestand und die anderen aus Untersuchungen von gesundheitlichen Ungleichheiten in Kroatien, der Slowakei, Slowenien, der Tschechischen Republik und Ungarn. In Partnerschaft mit der Europäischen Kommission wurde ein dreijähriges Projekt initiiert, das sich mit einem interaktiven Atlas über Chancengleichheit im Gesundheitsbereich befasst, wobei elektronische und gedruckte Produkte erwartet werden. Wichtige Themen der Regierungsführung wurden mit leitenden Politikgestaltern aus Staaten, in denen die WHO kein Länderbüro unterhält, weiter im Rahmen der Zukunftsforen debattiert: das neunte Forum wurde zur Thematik Verwaltung von und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen gehalten, das zehnte Forum beschäftigte sich mit Gesundheit und Chancengleichheit und das elfte Forum mit ethischer Führung bei der Vorbereitung auf eine Grippepandemie. Das Regionalbüro reagiert auf die Entwicklungen in diesen Bereichen mit einer Verbesserung seiner zentralen statistischen Datenbanken. Die neue Datenbank der Region für Krankenhausmorbidity enthält zum Beispiel Entlassungsdaten aus über zwanzig Ländern und ermöglicht einzigartige Analysen und internationale Vergleiche von Morbidity und Aktivitätsmustern der Krankenhäuser in verschiedenen Ländern. Globale Partnerschaftsinitiativen und -fonds wie die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

(GFATM) haben in jüngerer Zeit Beiträge zur Stärkung der Gesundheitssysteme geleistet, um die Nachhaltigkeit und Wirkung der von ihnen finanzierten Projekte zu erhöhen. Dementsprechend und im Anschluss an die 55. Tagung des Regionalkomitees hat das Regionalbüro sich intern für eine wirksame Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Zugriff auf Gesundheitssystemmittel dieser Initiativen und Fonds aufgestellt. Bis Mai 2007 hatten fünf von acht Ländern (Armenien, Georgien, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan), die für eine Finanzierung ihrer Vorschläge zur Stärkung der Gesundheitssysteme (HSS) durch GAVI in Frage kamen, hierzu vom Regionalbüro in verschiedenen Phasen Fachunterstützung erhalten.

### **Finanzierung**

22. Schon bei der 56. Tagung des Regionalkomitees deutete das Papier zur Finanzierung der Gesundheitssysteme (EUR/RC56/BD/1) an: „Auf die Frage, wie die Gesundheitssysteme zu finanzieren sind, gibt es keine einzelne Antwort. ... In vielen Ländern der Europäischen Region existieren die nationalen Systeme der Gesundheitsfinanzierung in ihren Grundzügen ...[als] Teil einer nationalen kulturellen Identität (z. B. der National Health Service im Vereinigten Königreich oder die soziale Krankenversicherung in Deutschland). ... Das WHO-Regionalbüro für Europa muss in der Lage sein, jedes Land der Region bei seinen Reaktionen auf Herausforderungen und Dringlichkeiten im jeweiligen Kontext zu unterstützen... Der Ansatz der WHO ruht auf drei Pfeilern: einer Reihe von Zielen für die Gesundheitsfinanzierung, die sich auf alle Länder anwenden lassen [und] auf den zentralen Werten der WHO beruhen, einem konzeptionellen Rahmen für eine Organisationsanalyse der nationalen Gesundheitsfinanzierung [und der] Erkenntnis und Analyse des begrenzenden Einflusses wichtiger Umstände, insbesondere fiskalischer Hindernisse, auf das nachhaltige Erreichen politischer Ziele durch ein Land und auf das Spektrum der in Betracht zu ziehenden Grundsatzoptionen.“ Zur Finanzierung gehört die Beschaffung von Geldern, ihre Bündelung und Zuweisung zum Erreichen der erwünschten Ziele bei gleichzeitiger Förderung der Wirtschaftlichkeit.

23. Der Schwerpunkt der Arbeit des Regionalbüros im Bereich der Gesundheitsfinanzierung lag im Dialog mit leitenden Entscheidungsträgern im Bereich der nationalen Gesundheitsfinanzierung aus Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, der Tschechischen Republik, der Türkei, der Ukraine, Ungarn und Usbekistan. Unterstützung fachlicher und analytischer Art wurde auch an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitsprogrammen in Estland, Lettland und Litauen zu Thematiken wie „HIV, Tb und Gesundheitssysteme“ aufgebaut oder bei der oben erwähnten Hilfe für den erfolgreichen kirgisischen GAVI-HSS-Vorschlag. Die Einrichtung nationaler Gesundheitskonten wurde in Armenien, Georgien und Kirgisistan unterstützt. Außerdem wurden einige spezifische Untersuchungen zu Chancengleichheit und finanziellem Schutz (in Estland und Kirgisistan), Unwirtschaftlichkeiten im Gesundheitssystem (in Kroatien und Polen) und freiwilliger Krankenversicherung (in Armenien) betrieben.

24. Ein Buch über die Finanzreform im Osten der Region ist in Vorbereitung. Ein Grundsatzdialog zur Erörterung von Defiziten und Ineffizienz in Gesundheitssystemen wurde mit führenden Beamten sechs europäischer Länder (Kroatien, Estland, Polen, Slowakei, Slowenien und Ungarn) eingeleitet. Im Rahmen eines Übereinkommens mit dem Institut der Weltbank hat das Regionalbüro den Entwurf und die Durchführung von zwei regionalen (in Budapest) und zwei subregionalen (in Bishkek auf Russisch) Führungseminaren zu Gesundheitsfinanzierung, Gesundheitsreform und konzeptionelle Analyse angeleitet. Für die südosteuropäischen Länder wurde ein Workshop über den Aufbau nationaler Gesundheitskonten veranstaltet. Außerdem intensiviert das Regionalbüro seine Bemühungen um qualitativ bessere offizielle WHO-Schätzungen von Gesundheitsausgaben der Mitgliedstaaten der Region; dies erfolgt in Zusammenarbeit mit der OECD, der Europäischen Kommission (Eurostat), der Weltbank und dem WHO-Hauptbüro.

### **Leistungserbringung**

25. Die Leistungserbringung ist ein Prozess, der durch die Kombination verschiedener Beiträge zur Erbringung von Gesundheitsinterventionen an Einzelpersonen (persönliche Gesundheitsversorgung) oder die Gemeinschaft (öffentliche Gesundheit, Gemeindedienste) führt. Dabei geht es um die wirtschaftliche Erzeugung und Verfügbarmachung einer optimalen Mischung aus hochwertigen Diensten in jeder Gesellschaft gemäß den Zielsetzungen des Gesundheitssystems und im Rahmen der verfügbaren Ressourcen.

Eine belastbare Abstimmung zwischen öffentlichen und persönlichen Versorgungsleistungen sind zentrale Elemente von Vernetzungsinitiativen in Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen und Schweden. Alle europäischen Länder stehen vor den wohlbekannten Herausforderungen einer ausgedehnten Versorgung der Bevölkerung mit den von ihr verlangten Gesundheitsdiensten; einer Verbesserung der Qualität der Dienste, der Sicherheit und der Bedarfsgerechtigkeit; der Förderung einer verbraucherfreundlichen Verwaltung; der Stärkung der Erbringungsstruktur (u. a. Leitungsinformationssysteme, die in einigen Ländern signifikante Mengen an Ressourcen verbrauchen, z. B. im Vereinigten Königreich und in Spanien) und des Verstehens der Auswirkungen unterschiedlicher Leistungserbringungsstrategien auf das gesamte Gesundheitssystem (Stichwort: Mix öffentlich/privat).

26. Die Neuausrichtung und Anpassung der **primären Gesundheitsversorgung** ist für viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein vordringliches Thema. In diesem Zweijahreszeitraum hat das Regionalbüro seine Unterstützung auf 17 Länder konzentriert. Nachdruck wurde gelegt auf eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung (Usbekistan), eine Stärkung der primären Versorgungsebene (Grundsatzdialoge in Georgien, der Russischen Föderation, Usbekistan und Weißrussland) und eine Einbindung spezialisierter Dienste (Estland, Kirgisistan). Zur Unterstützung dieser Arbeit sind gemeinsam mit dem niederländischen Institut für Gesundheitsforschung NIVEL Instrumente entwickelt zur: i) Leistungsmessung der primären Gesundheitsversorgungsdienste (Modellversuch mit Unterstützung von Bosnien-Herzegowina, Estland, der Russischen Föderation, der Türkei und Usbekistan); ii) Entwicklung wirksamer Strategien zur Qualitätsverbesserung in der primären Gesundheitsversorgung (Modellversuch mit Unterstützung von Bosnien-Herzegowina, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Slowenien, der Ukraine und Usbekistan) und iii) Einbindung spezialisierter Dienste zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung.

27. **Krankenhausreform** in der Europäischen Region umspannt viele Themen, die alle der Qualitätssicherung in Bezug auf Versorgung und Bedarfsgerechtigkeit durch Erreichen einer wirksamen Leitung im klinischen wie allgemeinen Bereich dienen sollen. Statt auf die Krankenhausinfrastruktur zu setzen, legt das Regionalbüro Nachdruck auf die Unterstützung von Leistungsbewertungen, Krankenhausgesamtplänen und Qualitäts- und Sicherheitsverfahren sowie auf die Einführung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Tagesablauf der Krankenhäuser (das Projekt für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern vernetzt zum Beispiel 740 Krankenhäuser der Region). Krankenhausreformkonzepte wurden überprüft und Strategien zur Verbesserung der Chancengleichheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Krankenhaussystem angeregt. Unterstützung wurde gegeben für die Entwicklung von Reform- und Gesamtplänen im Krankenhausbereich (Albanien, Bulgarien, Estland, Tadschikistan und Weißrussland), die Einführung von Akkreditierungssystemen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung vor Ort (Albanien, Georgien und Slowenien) und den Aufbau von medizinischen Notdiensten (Albanien, Andorra, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Tadschikistan). Eine Leitlinie für die Notfallplanung von Krankenhäusern wurde veröffentlicht. Daneben war die WHO im Rahmen einer Leistungsbewertung nach sechs Kriterien (klinische Wirksamkeit, Personalausrichtung, Wirtschaftlichkeit, Sicherheit, Patientenzentriertheit und bedarfsgerechte Leitung) leitend an der Entwicklung von PATH beteiligt (Instrument zur Leistungsbewertung und Qualitätssteigerung in Krankenhäusern). In Bezug auf die Sicherheit der Patienten wurden Polen und Ungarn in ihren bestehenden Meldesystemen unterstützt und evaluiert. Eine Studie zur Patientensicherheit in Europa unter Leitung der WHO ist in Vorbereitung.

28. Der **öffentliche Gesundheitsdienst** bleibt ein wichtiges Element der Unterstützungsarbeit des Regionalbüros zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Mitgliedstaaten der Region. Konzeptionelle Beratung und fachliche Unterstützung wurden zwölf Ländern zuteil: Estland, Kirgisistan und Slowenien sowie den neun südosteuropäischen Ländern im Gesundheitsnetzwerk im Rahmen des Stabilitätspaktes des Europarates (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien und Serbien). Eine Evaluierung der öffentlichen Gesundheitsdienste findet derzeit in elf Ländern statt. In Übereinstimmung mit allen internationalen Partnern und unter Verwendung einer sektorübergreifenden Herangehensweise nahm die kirgisische Regierung eine nationale Strategie und einen Aktionsplan für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Zeitraum 2007–2015 an. Die Strategie wird schrittweise verwirklicht, sie kombiniert Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung wie sicheres Trinkwasser, Ernährung und Lebensmittelanreicherung mit strukturellen und legislativen Reformen auf nationaler Ebene.

### **Erzeugung von Ressourcen**

29. Auch wenn dies ein oft übersehener Aspekt ist, so würde die Betrachtung gesundheitlichen Zugewinns aus einer echten Gesundheitssystemperspektive zu der Einsicht führen, dass die Sicherung der notwendigen Gesundheitsdienste sowie ihrer Finanzierung und Leitung durch die Mitgliedstaaten nicht hinreicht. Ebenso entscheidend sind rechtzeitige und bezahlbare Investitionen in die „Rohstoffe“ (wie Wissen, Technologie, Humanressourcen, Gebäude und Informationen), die zur Erzeugung dieser Dienste erforderlich sind. Länder im Osten und Westen der Region stehen vor der Herausforderung den richtigen Personalmix für das Gesundheitssystem (Kategorien, Zahlen und Einsatzorte) zu erzeugen und zu beschäftigen und die Kompetenzen, den Leistungsstandard und die Produktivität durch fortlaufende Schulung und Ausbildung zu erhalten. Das optimale bezahlbare Mischverhältnis aus Pharmazeutika und Gesundheitstechnologien zu erreichen ist nicht mehr nur eine Frage von Wissen, Herstellung sowie Angebot und Nachfrage nach diesen komplexen Produkten, sondern auch eine der geistigen Eigentumsrechte auf globaler Ebene. Auch zu erwähnen ist hier das von der WHO gestützte Health Metrics Network (HMN), das nationale Gesundheitsinformationssysteme als ein Instrument der Entscheidungsfindung fördern soll, u. a. auch bei der Umsetzung der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10).

30. **Pharmazeutika** belasten die Budgets vieler Länder im wirtschaftlichen Umbruch weiter stark. Aufgrund finanzieller Beschränkungen werden Arzneimittel weitgehend aus der eigenen Tasche bezahlt, was manchmal katastrophale Ausgaben bedeutet und sich direkt auf die Qualität der erhaltenen Versorgung auswirkt. Nachgeahmte Medikamente und Arzneimittel von geringer Qualität sind im östlichen Teil der Region ein weiteres ernstzunehmendes Problem. Der Zugriff auf Generika (insbesondere Antiretroviralia und Tuberkulosemedikamente) hoher Qualität ist für die Sicherung einer wirksamen Behandlung und die Eindämmung der Kosten für Patienten und öffentliche Hand von entscheidender Bedeutung. Das Regionalbüro hat die Länder weiter bei der Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützt, indem nationale Konzepte für Arzneimittel in Übereinstimmung mit ihren Gesundheitssystemen und -konzepten umgesetzt wurden. Kapazitätsaufbau in den Bereichen Arzneimittelversorgung und Erstattungsregeln sowie Beschaffungs- und Verteilungssysteme der öffentlichen Hand stellen einen wichtigen Handlungsstrang für das Regionalbüro in allen Ländern im Osten der Region dar. Die Stärkung der Arzneimittelregulierung ist ein weiteres wichtiges Feld der Unterstützung durch die WHO, insbesondere in Südosteuropa und in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) (ca. 20 Mitgliedstaaten). So nahmen Arzneimittelaufsichtsbehörden aus allen NUS und Hersteller aus der Russischen Föderation und der Ukraine im vergangenen Zweijahreszeitraum an Kursen über gute Herstellungspraxis teil.

31. Das Regionalbüro hat Länder durch Vernetzung unterstützt, z. B. durch das Netz der Arzneimittelaufsichtsbehörden in den NUS (DRUGNET) und im Rahmen eines Informationsprojektes zu Preisgestaltung und Erstattungsregeln für Pharmazeutika (in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (DG SANCO)). Länder aus der Region haben sich aktiv an der Arbeit der Zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte (IGWG) beteiligt, die in der Folge von Resolution WHA59.24 der Weltgesundheitsversammlung errichtet wurde. Zwei Informationstreffen fanden in Moskau bzw. Istanbul für die NUS und Länder Südosteuropas im April und Mai 2007 statt. Die Europäische Kommission hat zusammen mit Deutschland, das den EU-Ratsvorsitz innehielt, im April 2007 eine Informationsveranstaltung für EU-Länder durchgeführt. Im August 2007 wird eine Konsultationstagung für alle Mitgliedstaaten der Region einen Strategieentwurf und Arbeitspläne erörtern und damit die zweite IGWG-Tagung im November 2007 vorbereiten.

32. **Gesundheitspersonal** ist eine Schlüsselressource für die Gesundheitssysteme. Unzulänglichkeiten, ein falscher Qualifikationsmix und geringe Motivation sind durchgängig als wichtige Hindernisse für eine Ausweitung prioritärer Gesundheitsmaßnahmen und ein Erfüllen der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) genannt worden. Das Regionalbüro hat mehr als zehn Länder unterstützt durch: Grundsatzdialoge in der Slowakei und der Türkei, Kapazitätsaufbau in Polen und Kirgisistan, Schulung leitender Führungskräfte in Estland, Unterstützung im Bereich Bildung für Aserbaidschan, die Tschechische Republik, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Russische Föderation, Tadschikistan und die Ukraine. Spezifische Studien wurden in Auftrag gegeben zum Thema Migration von Arbeitskräften in Kroatien, Estland, Litauen, Polen, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich, zum Thema Akkreditierung in der medizinischen

Ausbildung (MEDINE) und zur klinischen Fortbildung (zusammen mit der World Federation for Medical Education (WFME)) in Aserbaidshan, Estland, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Polen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, der Ukraine und Usbekistan.

33. Ein Fachpapier zum Thema „Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region“ liegt dem Regionalkomitee auf seiner 57. Tagung vor. Das Regionalbüro hat sich auch in enger Zusammenarbeit mit der OECD und Eurostat an einer Harmonisierung der Begriffsdefinitionen von Humanressourcen für Gesundheit beteiligt und in einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem Verband der Public-Health-Schulen in der Europäischen Region und WFME für Qualität in der medizinischen Ausbildung und im Rahmen des Bologna-Prozesses für eine Harmonisierung der weiterführenden Ausbildung in der gesamten EU eingesetzt. Eine Sommerschule zum Themenbereich Gesundheitspersonal wird in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im August 2007 veranstaltet. Eine Untersuchung der bestehenden grundlegenden und weiterführenden Ausbildungsprogramme für Pflegeberufe und Hebammen in der Europäischen Region und eine Analyse der Umsetzung der Münchener Erklärung wurden bereits durchgeführt.

34. Die Arbeit des Regionalbüros zum Thema **Krankenhaustechnik** hat sich auf die konzeptionelle Entwicklung, Qualitätssteuerung, Patientensicherheit und Prävention von HIV/Aids konzentriert. Blutsicherheit bleibt in der Europäischen Region in Bezug auf die HIV/Aids-Epidemie und angesichts der zunehmenden grenzüberschreitenden Mobilität sowie der aktuell ungleichen Qualitätsstandards und Sicherheitsanforderungen ein wichtiges Thema. Auf Länderebene hat sich die Unterstützung im Bereich Blutsicherheit konzentriert auf die Bestandsaufnahme der Ausgangslage (Kasachstan, Kirgisistan und Usbekistan), die Erarbeitung nationaler Blutkonzepte und/oder -programme (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien, Serbien und Weißrussland) und den Kapazitätsaufbau (Kroatien, Rumänien und Weißrussland). Auf Ebene der Region fanden 2007 zwei Tagungen zu den Themen Organtransplantationen und Blutspende- und Transfusionswesen statt. Eine Veröffentlichung zur Thematik „Blutspende- und Transfusionswesen in Südosteuropa: aktuelle Lage und Herausforderungen für die südosteuropäischen Mitgliedstaaten“ wurde veröffentlicht, ebenso eine interaktive CD-ROM in russischer Sprache zur Anwendung von Blut in Krankenhäusern.

35. Insgesamt gesehen hat das Regionalbüro die Stärkung der Gesundheitssysteme als entscheidende Richtschnur seiner Maßnahmen und als einen der Grundpfeiler seiner Arbeit gesehen (neben der maßgeschneiderten Länderarbeit, der evidenzbasierten konzeptionellen Beratung und der Partnerschaft mit allen internationalen Organisationen). Gesundheitssysteme genießen bei allen Interventionen der WHO auf Länderebene eine hohe Priorität, nicht nur als Fachgebiet an sich (z. B. Beratung über Vergütung der erbrachten Leistungen oder über die Kontinuität der Versorgung), sondern auch als Mittel zur Vernetzung der Gesundheitsprogramme (z. B. gegen Tuberkulose oder für die Gesundheit von Mutter und Kind) und der Programme für Gesundheitssysteme, wie es in anderen dem Regionalkomitee vorliegenden Papieren zum Ausdruck kommt. Dies wird auch in den kommenden Jahren so bleiben.

### **Vorarbeiten zur Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008**

36. In Übereinstimmung mit dem Auftrag des Regionalkomitees bei seiner 55. Tagung hat das Regionalbüro intensiv daran gearbeitet, alle Mitgliedstaaten für eine Tagesordnung der Ministerkonferenz zu mobilisieren, welche die relevantesten Grundsatzfragen und Herausforderungen thematisiert, denen die Gesundheitssysteme in der Region gegenüberstehen. Zu diesem Zweck hat sich das Regionalbüro eine Reihe breit angelegter Konsultationen mit den Mitgliedstaaten, multilateralen Organisationen (Europäische Kommission, Weltbank, OECD, etc.) und zentralen Akteuren (hierunter Politikgestalter, Akademiker und Fachorganisationen) durchgeführt. Nach zwei Konsultationstreffen mit den Mitgliedstaaten in Österreich und Spanien bestand Konsens darüber, welche vordringlichen Bereiche die Konferenz aufgreifen sollte und welche zentralen Erfahrungen aus der Region vorgestellt werden sollten. Unter dem Motto „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ verfolgt die Konferenz zwei Ziele: Erstens soll sie zu einem besseren Verständnis der Auswirkungen von Gesundheitssystemen auf die Gesundheit und damit

auf das Wirtschaftswachstum beitragen. Zweitens soll auf der Konferenz angesichts ständig zunehmender Forderungen nach Nachhaltigkeit und Solidarität eine Bestandsaufnahme der aktuellen Erkenntnisse über wirksame Strategien für bessere Leistungen der Gesundheitssysteme durchgeführt werden.

37. Ein externes Beratergremium bestehend aus 25 Mitgliedern kam dreimal zusammen, um dem Regionalbüro bei der Festlegung und Einpassung der auf den Konsultationstagungen vorgeschlagen Themen zu helfen; es hat die Schritte und Verfahren skizziert, die für den Erfolg dieser herausragenden Veranstaltung erforderlich sind. Der Prozess der Konferenzvorbereitungen und Vorkonferenzen ist auf einige Schlüsselthemen konzentriert:

- Leistungsüberprüfung der Gesundheitssysteme (Belgien, März 2007),
- Personalpolitische Herausforderungen im Bereich Gesundheit (Erörterung in Belgrad, Serbien, im September 2007 während der 57. Tagung des Regionalkomitees),
- koordinierte Gesundheitsdienste (Bled, Slowenien, 19.–20. November 2007),
- Leitung des Gesundheitssystems (Anfang Frühjahr 2008).

38. Ein Forschungsplan zur Konferenz wird parallel erarbeitet. Das Regionalbüro wird in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zwei Hintergrundstudien vorlegen (die eine zu Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand, die andere zur Leistungsüberprüfung der Gesundheitssysteme) und damit einen Überblick über die aktuelle Forschung auf diesem Gebiet schaffen. Zusätzlich wird eine Reihe aus zwölf Hintergrundpapieren zu zentralen Gesundheitssystemstrategien veröffentlicht werden. Dieser Plan wird durch weitere relevante Studienvorhaben der WHO und anderer Organisationen ergänzt (z. B. die WHO-Studie zur Reform der Gesundheitsfinanzierung in Ländern Mittel- und Osteuropas sowie in den NUS, eine Studie des Europäischen Observatoriums über Maßnahmen gegen die Epidemie chronischer Erkrankungen und weitere maßgebliche Veröffentlichungen). Einige Unterlagen sind bereits auf der Website zur Konferenz verfügbar: <http://www.euro.who.int/healthsystems2008>. Es wurde auch eine durch Kennwort geschützte Website geschaffen, die Entwürfe und Vorträge enthält und für die Delegierten der Mitgliedstaaten, die Beratergruppe und beteiligte Partner zugänglich ist.

39. Die Konferenz wird auf Einladung der estnischen Regierung im Juni 2008 in Tallinn, Estland, stattfinden. Während der zweieinhalbtägigen Konferenz werden Gesundheitsminister aus den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO und bis zu 500 Teilnehmende zusammenkommen. Zu der Konferenz sind neben hochrangigen Delegationen auch Experten, Beobachter und Vertreter von internationalen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft sowie Vertreter der Massenmedien eingeladen. Besondere Anstrengungen sollen unternommen werden, um über die Gesundheitsministerien auch die Finanzministerien einzubeziehen. Die Konferenz wird eine Charta annehmen, zu deren Entwurf eine Redaktionsgruppe eingesetzt wurde.

## **Maßnahmen zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten**

### **Einführung**

40. Auf der 56. Tagung des Regionalkomitees im September 2006 billigten die Mitgliedstaaten durch Resolution EUR/RC56/R2 die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Diese Strategie mit der Überschrift *Zugewinn an Gesundheit* fördert eine umfassende und integrierte Herangehensweise an die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, welche die Verpflichtungen und Erfahrungen der Mitgliedstaaten berücksichtigt. Mit dieser Strategie sollen vorzeitige Todesfälle vermieden und die durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte Krankheitslast signifikant gesenkt werden, sodass die Lebensqualität steigt und eine ausgeglichene Lebenserwartung zwischen und in den Mitgliedstaaten der Region entsteht. Die Strategie soll integrierte und sektorübergreifende Maßnahmen zur Bekämpfung der Risikofaktoren und ihren zugrunde liegenden Determinanten mit Bemühungen um eine Stärkung der Gesundheitssysteme in Richtung Krankheitsprävention und -bekämpfung verbinden.

41. Hier werden die seit September 2006 gemachten Fortschritte in Bezug auf die Umsetzung der Strategie dargestellt, wobei die Bestimmungen der Resolution gebührend beachtet werden.

### **Bewusstsein und Verbreitung**

42. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wurde zwischen September und Dezember 2006 in den vier offiziellen Sprachen des WHO-Regionalbüros für Europa sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form veröffentlicht. Bis Mai 2007 waren bereits über 2600 Exemplare verteilt, 700 davon in russischer Sprache.

43. Von September bis Dezember 2006 baten viele Länder um Unterstützung bei der Umsetzung der Strategie. Besuche in mehr als zehn Ländern und auf drei subregionalen Tagungen dienten der Vorstellung der Strategie, dem Kennlernen neu errichteter Strategiebeiräte und der Beratung der Länder.

### **Aktionsplan zur Strategieumsetzung**

44. Das Regionalbüro hat für die Umsetzung der Strategie einen Aktionsplan erarbeitet. Das vollständige Dokument wurde mit den zuständigen Ansprechpersonen auf einer Tagung im Mai 2007 erörtert, nachdem bereits im Oktober 2006 dem Netzwerk für länderweit integrierte Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten (CINDI) eine Skizze des Aktionsplans vorgestellt worden war.

45. Phase I des Aktionsplans erstreckt sich bis Dezember 2008, in dieser Zeit sollen Grundsteine für langfristige Maßnahmen auf internationaler Ebene gelegt und frühe Erfolge erzielt werden. Der Aktionsplan umfasst acht Gebiete: Ordnungspolitik, Bündnisse, Kommunikation, Prioritäten, Beobachtung und Auswertung, Forschung und Entwicklung, Ausbildung und Kapazitätsaufbau sowie Erschließung von Mitteln. In ihrer Gesamtheit greifen diese Elemente die wichtigsten Forderungen an die WHO aus Resolution EUR/RC56/R2 auf. Der Aktionsplan gibt auch eine Erfolgsliste mit Etappenzielen und gewünschten Ergebnissen an. Er bestimmt die Operationen der WHO auf internationaler Ebene und wird zur Hälfte seiner Laufzeit überprüft und aktualisiert. Die Länder werden gebeten eigene Aktionspläne zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu erstellen. Ein Zwischenbericht zur Durchführung von Phase I wird dem Regionalkomitee auf seiner 58. Tagung zusammen mit einer Skizze zur Umsetzung der Strategie in Phase II vorgelegt werden.

### **Netz nationaler Ansprechpersonen**

46. Nach einer Aktualisierung der Liste nationaler Ansprechpersonen fand die erste Tagung seit der Annahme der Strategie auf freundliche Einladung des Gesundheitsministeriums des Vereinigten Königreichs



am 2. und 3. Mai 2007 in London statt. 34 Länder aus der Region waren vertreten, außerdem das WHO-Hauptbüro, die Europäische Kommission und die Weltbank. Im Interesse der gemeinsamen Arbeit mit den Ländern wurden die Leiter der CINDI-Programme mit zur Tagung eingeladen und die Länder wurden ermutigt, ihre Delegationen auch mit nationalen Ansprechpersonen für einschlägige Risikofaktoren und verwandte Themengebiete breit zu besetzen. Zentrale Diskussionsthemen der Tagung waren der vorgeschlagene Aktionsplan, das Prozedere für einen Bericht über nichtübertragbare Krankheiten in der Region und eine erste Skizze dieses Berichts. Auch konnten Informationen über aktuelle Entwicklungen im Bereich Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in den Ländern und Erfahrungen aus priorisierten Bereichen ausgetauscht werden.

47. 2008 wird eine erste gemeinsame Tagung nationaler Ansprechpersonen aus strategierelevanten Gebieten auf regionaler oder subregionaler Ebene veranstaltet werden, damit ihre Abstimmung und/oder Beziehung untereinander überprüft und die Teamarbeit gefördert werden kann.

### **Einbindung wichtiger Partner in ein Bündnis gegen nichtübertragbare Krankheiten**

48. Das Augenmerk richtet sich hier auf die Entwicklung und Verstärkung von Synergien zwischen bestehenden und bei Bedarf neu zu bildenden Partnerschaften sowie die Schaffung eines Forums für die gemeinsamen Anstrengungen.

49. Die WHO wird sich weiter an den wichtigen internationalen Bündnissen oder Foren zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten beteiligen, sich aber um deren stärkere Verflechtung bemühen, um ein wirksameres Handeln für gemeinsame strategische Ziele zu erreichen. Derzeit finden Gespräche mit wichtigen Partnern (zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen usw.) über Mittel und Wege zur gemeinsamen Stärkung von Überzeugungsarbeit und Handlung im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten in der Region an. Die jeweilige Perspektive der Partner wird zwar anerkannt, doch untersuchen wir die Förderung vereinten Handelns durch gemeinsame Tagungen und gemeinsame Verlautbarungen ebenso weiter wie die Vorteile der Schaffung eines regelmäßigen, sichtbaren und kollektiven Forums.

50. Erkundungstreffen mit dem zuständigen Weltbankteam für die Region Europa und Zentralasien (ECA) dienen der Entwicklung einer gemeinsamen internationalen Initiative zur Bewältigung der Herausforderung durch nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen in Osteuropa und Zentralasien. Dies wird in Partnerschaft mit Regierungen und internationalen Organisationen erfolgen; der Prozess ist offen für die Beteiligung weiterer und verläuft im Rahmen der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Als erster Schritt dieser Initiative wird eine regionale Konferenz zum Thema „Bewältigung der Herausforderung durch nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen in den GUS-Ländern“ im Frühherbst 2007 angeregt.

### **Länderspezifische Unterstützung**

51. Von besonderem Interesse sind hier die Bereiche Aufbau von Kapazitäten für konzeptionelle Entwicklung, Risikofaktorenüberwachung, Public-Health-Praxis, krankheitsspezifische Programme und Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung, die alle in den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen zwischen WHO und Ländern sowie in der internationalen Arbeit des Regionalbüros thematisiert werden. Zu Beispielen länderspezifischer Unterstützung gehören die Entwicklung eines Programms zur Krebsbekämpfung in Albanien, die Überprüfung der Strategie gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Estland und eine umfangreiche Aktualisierung der Konzepte gegen nichtübertragbare Krankheiten in der Russischen Föderation. In dieser Arbeit können auch Modelle und Möglichkeiten für die internationale Unterstützung entstehen.

### **Arbeitsbereiche hoher Priorität**

52. Der Aktionsplan nennt auch Arbeitsbereiche von hoher Priorität. Das erste Maßnahmenbündel erstreckt sich über einen Zeitraum von 18 Monaten mit Beginn im Frühherbst 2006 und es sieht die Prüfung der einschlägigen Konzepte der Länder der Region sowie die Erarbeitung von auf den Kontext der Mitgliedstaaten zugeschnittenen Gutachten zur Entwicklung von Handlungskonzepten in diesem Bereich vor. Dabei wird auf früheren Übersichtsarbeiten und der globalen Studie der WHO von 2005–2006 über nicht-übertragbare Krankheiten aufgebaut; die Arbeit wird eine qualitative Analyse der betreffenden Konzepte in ausgewählten Ländern, eine zusammenfassende Übersicht und die Entwicklung von Selbstbewertungsinstrumenten beinhalten. Sie wird von der kanadischen Gesundheitsbehörde, dem Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs und dem einschlägigen WHO-Kooperationszentrum in Ottawa, Kanada, unterstützt.

53. Weitere Arbeitsbereiche hoher Priorität im Zeitraum 2007–2008 beziehen sich auf die krankheitsspezifischen Programme, unentbehrliche wirksame Maßnahmen, soziale Gesundheitsdeterminanten und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, die Versorgung chronischer Krankheiten und die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung.

### **Bericht über nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region**

54. Dieser Bericht befindet sich in Vorbereitung und wird aus drei verknüpften Modulen bestehen: Herausforderungen, programmatische Reaktion und illustrierte Anleitung zur Strategie. Die Ergebnisse der oben genannten Konzeptprüfung werden zum programmatischen Modul beisteuern und auch in andere Teile des Berichts einfließen.

### **Maßnahmen in thematisch verwandten Gebieten**

55. Das Regionalbüro hat sich im Zeitraum 2006–2007 aktiv für die Bewältigung von Risikofaktoren und den ihnen zugrunde liegenden Determinanten eingesetzt. Zu den Aktivitäten zählten die Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas und die Veröffentlichung der Adipositas-Charta, eines Handlungsrahmens und weiterer Publikationen zum Thema Bewegungsförderung sowie der Tabakbericht der Europäischen Region. Diese werden detailliert in anderen Arbeitsunterlagen der 57. Tagung des Regionalkomitees behandelt und werden daher nicht weiter berücksichtigt.

56. Der neu ausgearbeitete Mittelfristige Strategieplan (MTSP) für den Zeitraum 2008–2013 ermöglicht eine stärker integrierte Arbeit mit Determinanten, Risikofaktoren und Krankheiten und für stärkere Gesundheitssysteme zur verbesserten Prävention und Bekämpfung von NCD. Themen von Bedeutung für die Strategieumsetzung werden im Planungsprozess unter jedem relevanten strategischen Ziel hervorgehoben und es wird versucht, gemeinsame Arbeit an gemeinsamen Themen zu ermöglichen.

## Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region der WHO – Zwischenbericht

### Hintergrund

57. Im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO 2006–2015, das die allgemeine Ausrichtung der künftigen Arbeit der Organisation absteckt, wird die Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit als zentrale Priorität für die zukünftige Arbeit bezeichnet. Damit soll ein integrierter Ansatz zu einer gesamtgesellschaftlichen Reaktion auf sich bereits abzeichnende und neu entstehende Gesundheitsbedrohungen einschließlich Katastrophen und kriegerische Auseinandersetzungen unterstützt werden.

58. Auf seiner 56. Tagung beschloss das Regionalkomitee im Anschluss an die Erörterung des Themas Gesundheitssicherheit auf der Grundlage von Dokument EUR/RC56/9 Rev.1 den Regionaldirektor dazu aufzufordern, die Arbeit für mehr Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region durch integrierte Vorsorge und geeignete Gegenmaßnahmen im Gesundheitssystem fortzusetzen.

### Erzielte Fortschritte

59. Im aktuellen Zweijahreszeitraum sind Aspekte der Gesundheitssicherheit mit Schwerpunkt auf die Vorbereitung des Gesundheitssystems für Gegenmaßnahmen im Krisenfall als prioritäres Gebiet in den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen des Regionalbüros mit 18 Ländern enthalten: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bulgarien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Serbien, Slowakei, Tadschikistan, Tschechische Republik, Türkei und Usbekistan. 18 Bedienstete im höheren Dienst und 14 Bedienstete im allgemeinen Dienst sind mit der Handhabung der Gesundheitssicherheitsaspekte bei Gesundheitsnotlagen und Katastrophen auf Ebene der Länder oder der Region befasst, wobei der Schwerpunkt auf den fachlichen Aspekten der Krisenvorbereitung der Gesundheitssysteme, den Gegenmaßnahmen im Gesundheitsnotfall und der Wiederherstellung zerrütteter Gesundheitssysteme liegt.

60. Eine globale Untersuchung zur Bewertung der aktuellen nationalen „Vorbereitung des Gesundheitssektors auf Krisen und Kapazität zu Gegenmaßnahmen“ wurde in die Wege geleitet; bislang wurden Daten aus 21 Mitgliedstaaten der Europäischen Region erhoben und analysiert. Diese Daten werden dazu genutzt, Lücken aufzudecken, Empfehlungen abzugeben und Fortschritte zu beobachten. Im gleichen Zusammenhang wurde eine Untersuchung der Fähigkeit von Mitgliedstaaten zu Gegenmaßnahmen bei Extremwetter durchgeführt, 19 Länder haben hierzu Informationen vorgelegt.

61. In einem Thesenpapier über den Weg zur Gesundheitssicherheit<sup>6</sup> wurden die jüngsten Krisen im Gesundheitsbereich mit Auswirkung auf die Europäische Region der WHO analysiert; das Papier wurde vorgestellt und veröffentlicht in Verbindung mit dem Weltgesundheitstag 2007, der unter dem Motto der internationalen Gesundheitssicherheit stand. Die an politische Entscheidungsträger gerichtete Publikation enthält die Lehren aus der Bewältigung von Gesundheitsereignissen mit Sicherheitsimplikationen und unterstreicht die Tatsache, dass gestärkte und gut vorbereitete Gesundheitssysteme wirksam helfen können, Gesundheitsereignisse nicht zum Auslöser von Sicherheitskrisen werden zu lassen. Mehrere Länder der Region haben nationale Veranstaltungen aus Anlass des Weltgesundheitstages durchgeführt und damit zugleich die Bedeutung unterstrichen, die einer erweiterten Kapazität des Gesundheitssystems bei der Bewältigung traditioneller und neuer Gefahren für die Gesundheit zukommt, welche auch die Gesundheitssicherheit insgesamt bedrohen.

62. Um die Kapazität der Europäischen Mitgliedstaaten weiter auszubauen und zu konsolidieren, wurde eine Reihe Fachworkshops auf internationaler und nationaler Ebene durchgeführt: in der Slowakei (gemeinsam mit der Tschechischen Republik) und in Armenien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Georgien, Österreich und Polen. Nationale Gesundheitsexperten und Krankenhausleiter wurden dazu

---

<sup>6</sup> Rockenschaub G, Pukkila J and Profili MC (eds.). *Towards Health Security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007.

aufgefordert, gemeinsam an der Weiterentwicklung der Krisenpläne für Gesundheitseinrichtungen zu arbeiten und dabei den Schwerpunkt auf die Vorbereitung auf eine mögliche Grippepandemie zu legen.

63. Eine Konsultation wurde initiiert, an der sich Gesundheitsfachleute der Mitgliedstaaten und der WHO beteiligten und die in eine Vereinbarung mündete, weiter an der Entwicklung standardisierter und praktischer Leitfäden für die Vorbereitung der Gesundheitssysteme zu arbeiten, welche die zentralen Elemente und kritischen Themen skizzieren, die nationale und subnationale Gesundheitssysteme für ihre Planung benötigen. Ein erster Entwurf wurde erstellt, weitere Konsultationen zur Verfestigung und Sicherung eines breiten Konsenses zu den konzeptionellen Aspekten des geplanten Leitfadens werden stattfinden.

64. Als Teil einer von DG SANCO der Europäischen Kommission unterstützten Initiative veranstaltete das Regionalbüro eine Fachkonsultation zur Vereinbarung standardisierter Instrumente zur Bewertung der Fähigkeit der Länder, mit Gefährdungen der Gesundheitssicherheit fertig zu werden, und zur Auswertung der grenzüberschreitenden Funktionstüchtigkeit der nationalen Notfallpläne im Gesundheitssektor. Ein Referenztext wurde fertig gestellt, die Bewertung eines Modell-Landes wird im Rahmen einer Expertenmission erfolgen. Dazu wird ein multidisziplinäres Team aus Public-Health-Experten zählen, welche die Anwendbarkeit und Gültigkeit des Instruments erproben werden und auch Empfehlungen für prioritäre Maßnahmen abgeben werden. Nach der anfänglichen Modelbewertung und etwaigen Anpassungen des Instruments, werden zwei weitere Länder der Europäischen Region bewertet; umfassende Berichte werden gemeinsam mit den Mitgliedstaaten angefertigt, in ihnen werden die entscheidenden Maßnahmen für Gesundheitssicherheit benannt, welche umgesetzt werden müssen, um die internationale Gesundheitssicherheit in der Region zu vergrößern. Den Abschluss bildet eine Bestandsaufnahme der Standards und organisatorischen Vorkehrungen der medizinischen Notfalldienste in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

65. Mehrere Länderbesuche in enger Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) wurden durchgeführt, um die Vorbereitungen der Mitgliedstaaten auf eine mögliche Grippepandemie zu bewerten und Überwachungs- und Laborkapazitäten aufzubauen, mit denen humane Fälle aviärer Influenza aufgedeckt und hantiert werden können.

66. Die 2005 überarbeiteten Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR 2005) traten am 15. Juni 2007 in Kraft. Die IHR 2005 bilden einen juristischen Rahmen um „die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten, und zwar auf eine Art und Weise, die den Gefahren für die öffentliche Gesundheit entspricht und auf diese beschränkt ist und eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs und Handels vermeidet“ (Absatz 2). Sie umfassen Epidemiewarnungen und Gegenmaßnahmen im Falle von gesundheitlichen Ereignissen von potenziell internationalem Belang aus biologischen, chemischen oder radioaktiven Ursachen, die nach Feststellung des Generaldirektors zu einer „Notlage der öffentlichen Gesundheit von internationaler Tragweite“ werden könnte. Die Designierung nationaler IHR-Anlaufstellen entscheidet über die Umsetzung der überarbeiteten Vorschriften; am 30. Juni 2007 hatten 35 der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO solche Anlaufstellen designiert. Die Einzelheiten zu IHR-Kontakten des WHO-Sekretariats sind den Mitgliedstaaten mitgeteilt worden. Das Regionalbüro plant zur Sicherung einer wirksamen Umsetzung der IHR 2005 eine Reihe von Informationsveranstaltungen und Konsultationen.

67. Die WHO hat das Gesundheitskapitel des Berichts der Zwischenstaatlichen Sachverständigengruppe über Klimaänderungen koordiniert; eine Zusammenfassung für politische Entscheidungsträger wurde von Vertretern von 120 Regierungen erörtert und gebilligt. Der vollständige Bericht zum Thema „Klimawandel: Auswirkungen, Verwundbarkeit und Anpassung“ wird im Sommer 2007 vorliegen. Der Synthesebericht, zu dem die WHO beiträgt, wird im November 2007 im spanischen Sevilla veröffentlicht. Die Arbeit zur Fortentwicklung gesundheitsorientierter Hitzewarnsysteme wird zusammen mit der Weltorganisation für Meteorologie (WMO) fortgesetzt.

68. Gemeinsam mit DG SANCO wurde das Projekt Euro Heat initiiert, das sich auf bessere Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit bei extremen Wetterphänomenen konzentriert und

100 Sachverständige und Vertreter aus allen EU-Ländern involviert. Kliraaufklärungstexte und Pläne für Gesundheitsmaßnahmen bei Hitzewellen werden gerade erprobt. Eine Zusammenfassung für Politiker und eine Zusammenfassung für Fachleute werden im Sommer 2007 erscheinen und die Gesamtergebnisse und Empfehlungen des Projekts enthalten. Die WHO trägt regelmäßig zur Aktualisierung der Gesundheitsinformationen in Verbindung mit extremem Wetter und den saisonbedingten Vorhersagen bei. Ein mit dem ECDC durchgeführter gemeinsamer Workshop diente der Bewertung möglicher Implikationen der Veränderungen von Klima und Ökosystem für die Belastung der Europäischen Region durch übertragbare Krankheiten.

69. WHO-Experten haben mit lokalen Behörden an einer koordinierten Antwort des Gesundheitswesens auf die verschiedenen Naturkatastrophen gearbeitet, welche Mitgliedstaaten heimgesucht haben. Im Dezember 2006 und im Januar 2007 traten in Zentralasien zwei Erdbeben auf, bei denen Katastrophenschutzspezialisten der WHO unverzüglich vor Ort in Tadschikistan und Kirgisistan Hilfe leisteten. Gemeinsame Bewertungsmissionen wurden in die betroffenen Gebiete entsandt, WHO-Fachleute beteiligten sich an dem UN-Länderteam zusammen mit nationalen Behörden und anderen Akteuren. Das Regionalbüro hat unentbehrliche Pharmazeutika und Gesundheitslieferungen für 3000 Menschen in den am stärksten betroffenen Dörfern bereitgestellt.

### **Aufbau institutioneller Bereitschaft**

70. Zur weiteren Verbesserung ihrer institutionellen Kapazität Mitgliedstaaten bei der Abmilderung der Gesundheitsfolgen von akuten Krisen, Notlagen und Katastrophen zu unterstützen, werden die Standardbetriebsabläufe der WHO bei Gesundheitsnotlagen sowie ihre internen Leitungs- und Verwaltungsaspekte überprüft und es ist ein neues „Verfahren mit Überflutungskapazität“ zur Mobilisierung von Fachleuten geschaffen worden, damit wirksamer auf künftige Krisen mit Gesundheitsfolgen reagiert werden kann. Ein in Moskau gemeinsam mit dem WHO-Hauptbüro veranstalteter Public-Health-Kursus, sollte sowohl externe Fachleute als auch WHO-Bedienstete auf den Einsatz für künftige Hilfsoperationen bei krisenhafter Bedrohung der öffentlichen Gesundheit vorbereiten. Er umfasste auch eine Einsatzübung beim Ausbildungslager des Russischen Ministeriums für Zivilschutz, Notlagen und Beseitigung der Folgen von Naturkatastrophen (EMERCOM) in Nogiinsk.

### **Weitere Fachunterstützung beim Wiederaufbau der zerrütteten Gesundheitssysteme**

71. Trotz der sich zuspitzenden Sicherheitslage im Nordkaukasus setzt die WHO ihre Bemühungen in Tschetschenien und den Nachbarrepubliken fort und unterstützt damit die Behörden und Partner im Anschluss an die kriegerischen Auseinandersetzungen in der Phase der Wiederherstellung und Erholung des lokalen Gesundheitssystems wieder aufzubauen. Der Aufbau lokaler Kapazität im Bereich der Gesundheitsberufe und das Angebot fachlicher Unterstützung zur Wiederherstellung der Gesundheitsdienste genießen bei den gemeinsamen Aktivitäten mit UNICEF und nichtstaatlichen Partnerorganisationen – unterstützt von der EU und weiteren Gebern – weiter hohe Priorität.

72. Der Wiederaufbau und die Verfestigung des lokalen Gesundheitssystems durch Fachunterstützung und kontinuierliche Abstimmung von Gesundheitsaktivitäten sind Schlüsselprioritäten der von den Vereinten Nationen verwalteten Provinz Kosovo (Serbien). Das Hauptgewicht liegt auf der Bewältigung „einer der schwersten Umweltkrisen in Europa“ und ihrer gesundheitlichen Folgen für die Mitrovica-Region, wo eine sehr große Bleiproduktion in der Vergangenheit das Erbe weit verbreiteter Umweltverschmutzung durch Schwermetalle hinterließ. Eine nie zuvor gesehene chronische Belastung einer Lokalbevölkerung durch Blei brachte schwere gesundheitliche Folgen mit sich und ist verknüpft mit erhöhten Blutbleiwerten, die sich insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie den Roma, Ashkali und ägyptischen Minoritäten auswirkten, die in drei Lagern für Binnenvertriebene lebten. Im Rahmen eines Aktionsplans gegen das Blei (Lead Crisis Action Plan) setzt die WHO ihr umfassendes Vorgehen zur Bewältigung dieser komplexen Notlage für die öffentliche Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit der Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK), Gesundheitsbehörden und Partnern fort. Die Maßnahmen für die Bevölkerungsgesundheit umfassen Gesundheitsförderung mit besonderer Betonung einer Unterbindung der Bleischmelze, Gesundheitserziehung, Ernährungsunterstützung, verbesserter

Abwasserentsorgung und besserer Hygieneverhältnisse, psychologische Beratung, umweltbezogenes Risikomanagement, Untersuchung und Behandlung. Die freiwillige Verlegung der am schlimmsten betroffenen Gruppen aus den drei Lagern macht Fortschritte, 460 Menschen sind an einen Ort gezogen, der sie besser vor Bleivergiftungen schützt. Ihre mittleren Blutbleiwerte fielen nach der Verlegung signifikant niedriger aus. Die Bleischmelze wurde nach der Verlegung als der Hauptrisikofaktor für anhaltend erhöhte Blutwerte erkannt. 39 Kindern mit sehr hohen Blutbleiwerten wurde eine orale Eliminationstherapie angeboten (mit Einverständnis ihrer Eltern). Ein eigens hierfür zugeschnittenes Chelationstherapieprogramm wurde von der WHO entwickelt und eine besondere Praxis in enger Zusammenarbeit mit der Lagerleitung und mit Unterstützung durch das Team der Vereinten Nationen im Kosovo, das Regionalbüro und die örtlichen Gesundheitseinrichtungen sowie das serbische Gesundheitsministerium eingerichtet. Obwohl es bereits einen Monat nach der Therapie einen signifikanten Rückgang der Blutbleispiegel gab, sind Behandlungswiederholungen für ein wirksames Fallmanagement erforderlich.

73. Die oben genannten umfassenden vielfältigen Interventionen haben den Gesundheitszustand der betroffenen Kinder und Familien wirksam verbessert. Das Regionalbüro wirbt weiter für die freiwillige Verlegung der verbleibenden Familien in eines der ursprünglichen Lager und betont die Notwendigkeit einer Fortsetzung dieses wirksamen und evidenzbasierten Maßnahmenpaketes. Die Aufklärung und Bewusstseinsbildung wird sich weiter auf die Eliminierung der Bleischmelzen konzentrieren und den Schmelzern betriebsärztliche Maßnahmen und den Kindern wiederholte Eliminierungsbehandlungen anbieten. Es ist geplant, die Maßnahmen später auszuweiten, so dass die gesamte betroffene Gruppe im Bereich von Mitrovica und darüber hinaus erfasst wird.

## **Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)**

### **Zusammenfassung**

74. Die Vorlage dieses Berichts erfolgt gemäß Absatz 23 b) der von der vierten Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) angenommenen Erklärung, wonach dem WHO-Regionalkomitee für Europa und dem UNECE-Ausschuss für Umweltpolitik jährlich berichtet werden soll, sowie gemäß Resolution EUR/RC54/R3 des Regionalkomitees.

### **Einführung**

75. Der EEHC tagt in der Regel zweimal jährlich und kam so zur 22. Tagung im November 2006 in Szentendre, Ungarn, am Hauptsitz der regionalen Umweltzentren, und zur 23. Tagung im Februar 2007 in Brüssel, Belgien zusammen. Der Vorsitzende, Professor William Dab (Frankreich), und der stellvertretende Vorsitzende, Zaal Lomtadze (Georgien), scheiden nunmehr aus ihren Ämtern.

76. Das Mandat des gegenwärtigen EEHC endete mit der 23. Tagung. Nominierungen für eine Kandidatur zur Mitgliedschaft im EEHC wurden von den Gesundheitsministerien in Kroatien, Estland, Georgien, Kirgisistan, Lettland, Norwegen, Polen, der Republik Moldau, Serbien, Weißrussland und Zypern entgegengenommen. Der Aufruf für Kandidaturen zur Vertretung der Umweltministerien erging durch den UNECE-Ausschuss für Umweltpolitik. Nominierungen gingen ein aus Belgien, Finnland, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Schweden und Usbekistan.

77. Die EEHC-Website ([www.euro.who.int/eeh](http://www.euro.who.int/eeh)) hat sich als wirksames Informationsmedium für die Mitgliedstaaten über die Aktivitäten des EEHC und zur Verbreitung von guten Praktiken und Fallstudien bewährt. Von Oktober 2006 bis März 2007 lag die EEHC-Website an sechster Stelle in der Rangfolge der meistbesuchten Seiten der Internetpräsenz des Regionalbüros und verzeichnete 55 000 Besuche. Die Website fördert den Austausch von Informationen und Ländereferenzen und enthält regelmäßig aktualisierte Berichte der Länder über den Stand der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen. Im Sinne der Transparenz werden alle Papiere der Arbeitsgruppe für den Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder (CEHAPE) und der EEHC-Tagungen hier veröffentlicht und können vor und nach den Tagungen heruntergeladen werden.

78. Die Beiträge Dänemarks, Finnlands, Frankreichs, Italiens, Norwegens und Schwedens zu den Betriebskosten des EEHC werden mit Dank zur Kenntnis genommen. Der EEHC erkennt auch die freundliche Unterstützung der österreichischen Regierung durch die Beherbergung der zwischenstaatlichen Zwischenbilanztagung (IMR) im Juni 2007 an. Zusätzlich hat das österreichische Umweltministerium einen freiwilligen Beitrag zugunsten des Sekretariats der CEHAPE-Arbeitsgruppe geleistet, so dass eine Anlaufstelle für die Länder geschaffen werden konnte, die um Hilfe bei der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen bitten. Wir begrüßen ebenfalls den Beitrag der Einheit 4 von DG SANCO, Europäische Kommission, der in der Veranstaltung einer groß angelegten Jugendtagung im März 2007 in Luxemburg bestand, die parallel mit der IMR stattfand.

### **EEHC-Tagungen**

79. Gemäß einer auf seiner ersten Tagung im Januar 2005 getroffenen Entscheidung konzentrierte sich der EEHC weiterhin auf Aktivitäten zur Beobachtung und Förderung der Umsetzung von CEHAPE und Budapester Konferenzklärung. Die Novembertagung griff die Thematik Wasser und Abwasser auf. Alle Mitgliedstaaten wurden zur Teilnahme an der Thematagung eingeladen, Teilnehmende aus den neuen unabhängigen Staaten und den Ländern Südosteuropas wurden im Sinne einer maximalen Repräsentanz aller Mitgliedstaaten der Region finanziell unterstützt.

80. Die nächste Tagung des EEHC ist für November 2007 geplant, wenn die neue Zusammensetzung für den Gesundheitsbereich durch das Regionalkomitee und für den Umweltbereich durch den UNECE-Ausschuss für Umweltpolitik festgelegt worden ist.

### **Treffen der Arbeitsgruppe zum CEHAPE**

81. Die vierte Tagung der Arbeitsgruppe zum CEHAPE fand im Oktober 2006 auf Zypern statt und wurde vom internationalen Institut für Umwelt und öffentliche Gesundheit Zyperns in Zusammenarbeit mit der Harvard School of Public Health und dem zypriotischen Gesundheitsministerium ausgetragen. Die fünfte Tagung fand in Brüssel unmittelbar im Anschluss an die oben erwähnte EEHC-Tagung statt. Die Vorsitzenden der CEHAPE-Arbeitsgruppe, Rober Thaler (Österreich) und Dr. Hilary Walker (Vereinigtes Königreich) scheiden nunmehr aus ihrem Amt.

82. Die Länder machen bei der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen Fortschritte. Bei der ersten Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe im April 2005 in Wien hatte lediglich ein Mitgliedstaat seinen nationalen Aktionsplan für Umwelt und Gesundheit (NEHAP) samt kinderspezifischen Maßnahmen in Angriff genommen. Doch hatten zwölf Mitgliedstaaten mit der Überarbeitung ihres NEHAP begonnen und zwölf Länder hatten bereits interministerielle Ausschüsse zur Sicherstellung einer Umsetzung der Budapester Verpflichtungen eingesetzt. Vier weitere Mitgliedstaaten waren mit der Erarbeitung eines selbstständigen Aktionsplans zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder (CEHAP) beschäftigt und fünf Mitgliedstaaten entwarfen oder verwirklichten bereits kinderspezifische Maßnahmen im Rahmen anderer nationaler Pläne. Bis Juni 2007 waren acht Länder dabei, einen NEHAP mit kinderspezifischen Maßnahmen durchzuführen; 16 Länder überprüften ihren NEHAP und vier Länder bereiteten einen ersten NEHAP vor; 13 bereiteten einen selbstständigen CEHAP vor, fünf Länder führten bereits in Plänen vereinbarte kinderspezifische Maßnahmen durch und die meisten Länder verfügten über Pläne, in denen CEHAPE-Elemente enthalten waren. Zusätzlich haben viele Länder nationale Koordinationsgruppen eingerichtet oder nationale Koordinierungstreffen veranstaltet. Detaillierte Informationen über die Tätigkeit der CEHAPE-Arbeitsgruppe, darunter Berichte über die Umsetzung durch die Länder und Organisationen, stehen unter [www.euro.who.int/eehc/20050407\\_1](http://www.euro.who.int/eehc/20050407_1) zur Verfügung.

83. Das nächste Treffen der CEHAPE-Arbeitsgruppe findet im November 2007 statt, direkt in Verbindung mit der ersten Tagung des rekonstituierten EEHC.

### **Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen**

84. Eine Reihe von Workshops wurde vom EEHC unterstützt. Dazu zählte ein Treffen in Bonn mit Beamten der örtlichen Behörden und ein Treffen in Pisa mit Umwelt- und Gesundheitswissenschaftlern. Auf dem letzteren wurden die verfügbaren Erkenntnisse über Maßnahmen des Risikomanagements zur Verringerung der Belastung der Kinder durch ausgewählte Umweltgefahren durchgesehen. Das EEHC-Sekretariat des Regionalbüros für Europa unterstützte weiter die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um die Aufstellung von Plänen und Maßnahmen im Anschluss an die auf der Budapester Konferenz eingegangenen Verpflichtungen. Zwischen Oktober 2006 und Juni 2007 organisierte es Workshops mit leitenden Politikgestaltern in Albanien, Kirgisistan und Polen. Es fuhr auch fort, sich regelmäßig bilateral mit den einzelnen Mitgliedern des EEHC zu treffen und so eine enge Zusammenarbeit und eine Abstimmung des Einsatzes zu erzielen.

85. Im April 2007 wurde eine Bestandsaufnahme zu Umwelt und Gesundheit in der Slowakei durchgeführt, eine weitere ist für Juli 2007 in Polen und eine dritte für Oktober 2007 geplant, wobei die folgenden Länder Interesse angemeldet haben: Estland, Griechenland und die Tschechische Republik. Die Bestandsaufnahme besteht aus einer Überprüfung der Situation im Bereich Umwelt und Gesundheit und einer Bewertung des konzeptionellen Umfeldes und der Umsetzung im Lande. Auch der institutionelle Rahmen für den Entwurf nationaler Aktionspläne, welche die Gesundheit und Umwelt von Kindern aufgreifen, wird unter die Lupe genommen. Die Überprüfungen finden in Kooperation mit den nationalen und fachlichen Ansprechpersonen statt. Gespräche und Treffen mit Vertretern der einzelnen Sektoren und Institutionen werden in jedem Land durchgeführt. So wurden in der Slowakei 17 Einrichtungen aus



unterschiedlichen Bereichen konsultiert (Ministerien für Gesundheit, Umwelt, Verkehr, Finanzen und Bildung, Gesundheits- und Umweltbehörden, nichtstaatliche Organisationen, Ärzteverbände, Privatunternehmen und andere). Abschließende nationale Berichte mit Handlungsempfehlungen werden den überprüften Ländern zur Prüfung vorgelegt. Diese Bestandsaufnahmen werden von einem Projekt der DG SANCO im Rahmen des Programms für öffentliche Gesundheit finanziert.

86. Viele Länder besitzen ein substanzielles Bedürfnis nach Fachunterstützung durch die WHO beim Aufbau ihrer Arbeit zur Umsetzung der Budapester Verpflichtungen und dieser Bedarf muss vom Sekretariat angemessen aufgegriffen werden.

### **Jugendvertretung und -einbindung in den EEHC**

87. Seit der ursprünglichen Forderung durch EEHC und CEHAPE-Arbeitsgruppe sind große Fortschritte bei der Einbindung Jugendlicher in die nationale und internationale Politikgestaltung erzielt worden. Im Anschluss an den ersten Workshop für Jugendliche, den Norwegen 2005 organisierte, nahmen die hier zur Begleitung der Umsetzung der Budapester Verpflichtungen gewählten Jugendvertreter regelmäßig an den Treffen von EEHC und CEHAPE-Arbeitsgruppe teil. Als Ergebnis des Workshops in Luxemburg, der von DG SANCO im März 2007 durchgeführt worden war, wurde die Kapazität des vorhandenen elektronischen Netzwerks für junge Leute für eine größere Gruppe von 16 bis 20 Jahren alten Jugendlichen erweitert, damit diese einen Aktionsplan der Jugend zur Inangriffnahme von CEHAPE und Europäischem Aktionsplan Umwelt und Gesundheit der Europäischen Kommission entwerfen konnten. Auf einer gesonderten Veranstaltung in Serbien, die das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, unterstützt durch eine Spende Irlands, ermöglichte, erstellten junge Menschen zehn zentrale audiovisuelle Botschaften für die IMR zu Themen aus Umwelt und Gesundheit, die sich auf Kinder auswirken. Die dritte und wichtigste Veranstaltung fand am 12. Juni 2007 unmittelbar vor der IMR statt. Die Delegierten wählten erneut Jugendvertreter in den EEHC, die CEHAPE-Arbeitsgruppe und das Konsultativforum der Europäischen Kommission und stellten ihren jugendfreundlichen CEHAPE vor.

88. Eine Reihe von Ländern – Irland, Norwegen, Österreich und Schweden – arbeiten bereits mit Jugendgruppen auf nationaler Ebene an der konzeptionellen Weiterentwicklung und Umsetzung. Außerdem haben Malta, Polen und Serbien das WHO-Sekretariat des EEHC um Unterstützung bei der Förderung einer Einbindung der Jugendlichen auf nationaler Ebene gebeten.

### **Zwischenstaatliche Zwischenbilanztagung 2007**

89. Die Budapester Erklärung fordert die WHO dazu auf, im Jahr 2007 eine zwischenstaatliche Tagung einzuberufen, um die Fortschritte hinsichtlich der Erfüllung der 2004 eingegangenen Konferenzverpflichtungen zu überprüfen. Sie fordert auch den EEHC dazu auf, den Mitgliedstaaten, dem WHO-Regionalbüro und dem Umweltausschuss der UNECE im Jahr 2007, detaillierte Vorschläge für die fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit vorzulegen.

90. Die IMR-Tagung fand vom 13. bis 15. Juni 2007 in Wien statt und wurde vom österreichischen Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft ausgerichtet. An ihr nahmen 408 Delegierte aus 49 Mitgliedstaaten, junge Menschen, Beobachter und Journalisten teil.

91. Die Tagung gelangte zu dem Schluss, dass sektorübergreifende Zusammenarbeit der Schlüssel zum Erfolg sei, da Gesundheitsthemen in allen Sektoren zu finden seien. Eine begrenzte Zahl von Prioritäten und die Konzentration auf „einfachere“ Themen seien förderlich für den Prozess. Wirtschaftsthemen und gute Kommunikation seien zentrale Aspekte, Anknüpfen an „heiße Themen“ (d. h. Klimawandel) könne helfen, die Entschlossenheit aufrecht zu erhalten und das wichtige Ziel der Verhaltensänderung zu erreichen. Umweltbezogene Gesundheitsindikatoren zeigten, dass die Politikinstrumente noch nicht angemessen umgesetzt würden, insbesondere in den östlichen Ländern der Region, was den Bedarf an zusätzlichen Anstrengungen in Bezug auf Bewusstseinsbildung und Kapazitätsaufbau hervorhebe.