



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Vierundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 6.–9. September 2004**

---

Punkt 3 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC54/6

27. Mai 2004

40203

ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der  
Europäischen Region, 2002–2003**

Das Dokument enthält einen Überblick über die Tätigkeiten, die das WHO-Regionalbüro für Europa im Zeitraum 2002-2003 durchgeführt hat, um sein Programm im Rahmen der im Jahr 2000 vom Regionalkomitee verabschiedeten Länderstrategie durchzuführen. Es sollte zusammen mit dem Informationsdokument über die Haushaltsleistung im Zeitraum 2002–2003 (EUR/RC54/Inf.Doc./1) gelesen werden. Weitere Informationen über die Durchführung der Fachprogramme sind auf Anfrage beim Sekretariat erhältlich.

Dem Papier ist ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee beigelegt.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung .....	1
Bereitstellung von Diensten für die Länder.....	2
Die Länder im Zentrum.....	2
Beispiele der für die Länder erbrachten Dienste .....	3
Verbesserung der praktischen Arbeit für die Länder .....	6
Ausbau von Partnerschaften .....	7
Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle .....	9
Säule eins: die aus dem Konzept Gesundheit für alle gezogenen Lehren.....	9
Säule zwei: die Werte von Gesundheit für alle aus heutiger Sicht .....	10
Säule drei: Entwurf von Instrumenten für Entscheidungsträger .....	10
Säule vier: Umsetzung der Aktualisierung von Gesundheit für alle – Leitlinien und Praxismodelle .....	11
Verbesserung der Evidenz- und Informationsgrundlage .....	11
Evidenz für die Gesundheitspolitik .....	12
Gesundheitsdaten und -information .....	13
Weiterentwicklung der wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenz und des Managementkönnens .....	14
Beitrag zur Kompetenzerhaltung in den Ländern .....	14
Entwicklung und Fortbildung der Mitarbeiter im WHO-Regionalbüro für Europa .....	15
Verbesserung von Kommunikation und Profilierung.....	16
Verbesserung der Verwaltungs- und Managementprozesse.....	17
Planung, Begleitung und Evaluierung der Programme .....	17
Überprüfung von Verwaltungsprozessen .....	18
Verbessertes Arbeitsumfeld .....	18
Ausgewählte Arbeitsbereiche im Brennpunkt.....	20
Übertragbare Krankheiten.....	20
Nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit .....	21
Gesundheit von Familie und Gemeinschaft .....	22
Nachhaltige Entwicklung und gesunde Umwelt .....	23
Abschließende Bemerkungen.....	24



## Einleitung

1. Im Haushaltszeitraum 2002–2003 richtete sich die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa (WHO/EURO) auf die Umsetzung der im September 2000 vom Regionalkomitee verabschiedeten Länderstrategie „Die Dienste neuen Bedürfnissen anpassen“ und auf die Anpassung der Struktur, der Arbeitsmethoden, der Wissensgrundlage und der erforderlichen Sachkenntnis des Regionalbüros an die Anforderung, besser auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten reagieren zu können und den angenommenen Programmhaushalt umzusetzen.
2. Besondere Anstrengungen galten dem Ausbau und dem individuellen Zuschnitt der Zusammenarbeit mit den Ländern. In den Ländern, die konkrete Kooperationsvereinbarungen mit der WHO abgeschlossen haben und in denen es WHO-Länderbüros gibt, verbesserte sich die Umsetzung der geplanten Aktivitäten im Vergleich zum vorherigen Haushaltszeitraum und ein gründlicher Verhandlungsprozess führte zur Auswahl ganz konkreter Prioritäten für die nächste Haushaltsperiode. Ermöglicht wurde dies durch die Stärkung der Länderbüros, deren Sachkompetenz ebenfalls verbessert wurde. Das Regionalbüro arbeitete auch mit den Ländern ohne Länderbüro zusammen, denen es Zugang zu wissenschaftlich erhärtetem Faktenmaterial und Informationen bot und mit denen es auf Ersuchen Sachkenntnis austauschte; außerdem beteiligte sich das Regionalbüro an den Zukunftsforen, die sich mit wichtigen, für Entscheidungsträger höchst interessanten aktuellen und künftig zu erwartenden Public-Health-Problemen befassen.
3. Die im vorigen Haushaltszeitraum eingeleitete partnerschaftliche Zusammenarbeit mit ausgewählten Organisationen wurde weitergeführt, wobei sich das Regionalbüro zugleich um die Anknüpfung neuer Partnerschaften bemühte mit dem Ziel, konkrete gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln. Die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und mit anderen WHO-Regionen gestaltete sich enger, transparenter und vertrauensvoller in der Absicht, eine in sich geschlossene Organisation zu schaffen, die imstande ist, ihren Mitgliedstaaten deren Vielfalt gerecht werdende, konkrete Dienste zu leisten.
4. Weitere Bemühungen richteten sich in diesem Haushaltszeitraum auf die Verbesserung der Arbeitsweise des Regionalbüros. Neu geschaffene Mechanismen sollten das Regionalbüro besser in die Lage versetzen, den Mitgliedstaaten eine evidenzbasierte Beratung zuteil werden zu lassen. Das Informationsmanagement machte ebenfalls Fortschritte mit der Einrichtung einer neuen integrativen Datenbank, dem so genannten Health Evidence Network (HEN), das partnerschaftlich mit verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen aufgebaut wurde. Die Verwaltungsverfahren wurden vereinheitlicht, um die Unterstützung der Länderaktivitäten zu erleichtern, und das Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter des Regionalbüros und in den Ländern zielte auf Kompetenzverbesserung und verstärkte Jobzufriedenheit ab.
5. Mit dem Bericht soll die Umsetzung der Fachprogramme in der Region nicht im Einzelnen dargelegt werden. Diese ausführlichen Angaben sind auf Anfrage beim Sekretariat erhältlich. Im Einvernehmen mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees wurde beschlossen, diesen Bericht auf die wichtigsten Maßnahmen und Veränderungen zu konzentrieren, die im Laufe des Haushaltszeitraums im Regionalbüro durchgeführt wurden, um der Länderstrategie Wirkung zu verleihen. Der Bericht gruppiert sich deshalb um sieben wichtige seit 2001 definierte Prozesse, an denen sich die Umsetzung des Programmhaushalts in der Europäischen Region orientierte, nämlich: i) Bereitstellung von Diensten für die Länder, ii) Ausbau von Partnerschaften, iii) Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA), iv) Verbesserung von Evidenz und Information, v) Weiterentwicklung der wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenz und des Managementkönnens, vi) Verbesserung von Kommunikation und Profilierung und vii) Verbesserung der Verwaltungs- und Managementprozesse.
6. Daneben wurden ausgewählte Fachthemen hervorgehoben, um einige der wichtigsten Aktivitäten zu veranschaulichen, die als Reaktion auf globale Prioritäten und bzw. oder Resolutionen der leitenden Organe oder im Zusammenhang mit europäischen Aktionsplänen oder wichtigen Konferenzen durchgeführt wurden.

7. Diese neue Präsentationsform findet hoffentlich die Zustimmung der Mitgliedstaaten, die bei mehreren Gelegenheiten, ebenso wie der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees, darum gebeten haben, die wichtigsten Papiere des Regionalkomitees prägnanter zu fassen.

## **Bereitstellung von Diensten für die Länder**

### **Die Länder im Zentrum**

8. Die vom Regionalkomitee auf dessen 50. Tagung im Jahr 2000 verabschiedete Regionalbürostrategie „Die Dienste den neuen Bedürfnissen anpassen“ betont die Ausrichtung auf die Länderarbeit, durch die die Mitgliedstaaten in ihrer Vielfalt in den von der Organisation angebotenen Diensten eine Antwort auf ihre konkreten jeweiligen Bedürfnisse finden sollten. Das Regionalbüro hat den Auftrag, *„die Mitgliedstaaten bei der Weiterentwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, ihrer Gesundheitssysteme und ihrer Public-Health-Programme zu unterstützen und dabei gesundheitliche Bedrohungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige Herausforderungen einzustellen und als Fürsprecher der öffentlichen Gesundheit aufzutreten.“* Die Länderstrategie bildet den Kern der regionalen Bemühungen um die Umsetzung der 2002 auf der 55. Weltgesundheitsversammlung lancierten Länder-Fokus-Initiative, der von der gesamten WHO verfolgten Politik, die darauf abzielt, durch die Verbesserung der auf Länderebene erbrachten Dienste die von der Organisation für Gesundheit und Entwicklung geleistete Arbeit massiv zu intensivieren. Der Schritt zur Erfüllung länderspezifischer gesundheitlicher Bedürfnisse wird ergänzt durch die Bemühung um internationale Partnerschaften für Gesundheit sowie um die Anknüpfung von Partnerschaften unter den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO.

9. Seit der Verabschiedung der Länderstrategie im September 2000 wurden die Aktivitäten in den 28 Ländern, die mit dem Regionalbüro eine zweijährige Kooperationsvereinbarung (BCA) abgeschlossen haben, zunehmend auf die Bedürfnisse des jeweiligen Landes abgestellt. Allerdings wurden auch die Aktivitäten in den westeuropäischen Ländern, mit denen das Regionalbüro keine BCAs eingegangen ist, konsequent weiterentwickelt.

### **Programme mit den Ländern des Stabilitätspakts in Südosteuropa**

10. Aufbauend auf einer Initiative des Europarats und des Regionalbüros nutzen acht Mitgliedstaaten in Südosteuropa (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, die Republik Moldau, Rumänien sowie Serbien und Montenegro) Gesundheit und sozialen Zusammenhalt als wichtigste Instrumente zur Erzielung einer dauerhaften Stabilität, von wirtschaftlicher Entwicklung und gemeinsam erarbeiteten Fortschritten. Nach dem im September 2001 unterzeichneten Versprechen von Dubrovnik wurden sieben Projektvorschläge ausgearbeitet, von denen drei (psychische Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Überwachung übertragbarer Krankheiten) zurzeit umgesetzt werden. Die Regierungen von Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, der Schweiz, von Slowenien und Ungarn unterstützen diese Projekte. Einige andere Projekte werden auch von der Entwicklungsbank des Europarats unterstützt.

### **Strategien für Länder im raschen Umbruch**

11. Es werden Strategien für die Unterstützung der so genannten Länder im raschen Umbruch (meist die neuen Mitgliedsländer der Europäischen Union (EU)) entwickelt, die ihnen helfen sollen, ihre gesundheitlichen Defizite anzugehen. Dies geschieht durch die ausgedehnte Ringzusammenarbeit mit Estland, Polen, Slowenien, der Tschechischen Republik und Ungarn und starken Brückenschlag zur EU. Darüber hinaus wurde untersucht, wie das Regionalbüro diese Länder am besten unterstützen könnte. Zu den für die Mitgliedstaaten interessanten Bereichen und der potenziellen strategischen Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros zählen die Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen, die Umstrukturierung von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ihrer Funktionen in den Mitgliedstaaten und die Thematik Gesundheitsinformation.

### **Zukunftsforen für Länder ohne BCA**

12. Im Rahmen dieses für Länder ohne BCA (meist westeuropäische Länder) aufgelegten Projekts geht es um die Untersuchung und Diskussion schwieriger oder neuer gesundheitlicher Problemthemen, die in den kommenden Jahren von strategischem Interesse sein werden, z. B. Bioterrorismus, Ethik im Gesundheitswesen und Instrumente für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, was den Mitgliedstaaten die Möglichkeit bieten soll, ihre Ansichten und Erfahrungen auszutauschen. Jedes Forum fungiert als Think Tank (es bietet eine Vision und Orientierungshilfe für die Gestaltung der Zukunftsagenda) und als Netzwerk, das seinen Mitgliedern und möglicherweise auch anderen Mitgliedstaaten Informationen liefert. Im Berichtszeitraum fanden drei Zukunftsforen statt: Im Juni 2002 befasste man sich in Stockholm mit dem Thema „Ethik im Gesundheitswesen“, während im Jahr 2003 für die Foren das neue allgemeine Thema „Instrumente für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen“ lanciert wurde, dem im Juni 2003 die Brüsseler Tagung über „Evidenzbasierte Empfehlungen“ und im Dezember 2003 das Madrider Treffen zum Aspekt „Rasche Entscheidungsfindung“ gewidmet waren.

13. Westeuropäische Länder profitieren auch von anderen Programmen des Regionalbüros, insbesondere von denen, in die alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region einbezogen sind (wie z. B. beim Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen) oder die sich auf die europäische Perspektive globaler Berichte in Bereichen wie psychische Gesundheit und Gewalt beziehen. Das Regionalbüro beschäftigt sich zudem mit den spezifischen gesundheitspolitischen Bedürfnissen dieser Länder.

### **Beispiele der für die Länder erbrachten Dienste**

#### **Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemreform**

14. Um die Länder besser zu befähigen, ihrer gesamten Bevölkerung, und hier nicht zuletzt den schwächsten Gruppen, hochkarätige Gesundheitsdienste zu bieten, und zwar bezahlbar, effizient und chancengerecht, fördert die WHO das evidenzbasierte Wissen und vorbildliche Praxisverfahren für die Ermittlung von gesundheitspolitischen Grundsatzoptionen, die Entwicklung von Humanressourcen und die Erfüllung der „Stewardship“-Funktion. Sie entwickelt Rahmenkonzepte, Strategien und Instrumente für die Analyse von Gesundheitssystemveränderungen und -reformen und die Verbesserung der Leistungserbringung, der Leistungsfähigkeit und Qualität des Gesundheitswesens. Sie unterstützt die Länder fachlich und konzeptionell, um die Erbringung von Gesundheitsdiensten und die Investition in Human-, Sach- und Kapitalressourcen und deren Nutzung zu verbessern.

15. Die WHO lieferte fachlichen Beistand, Leitlinien und Fortbildungsangebote und arbeitete zusammen mit Partnern auch in den vier Aufgabenbereichen des Gesundheitssystems: 1) Erbringung gesundheitlicher Leistungen (personen- und bevölkerungsbezogene Gesundheitsdienste im Krankenhaus und in der Primärversorgung, Notfalldienste, E-Gesundheit und Telemedizin), 2) Ressourcenerschließung, und hier konkreter im Hinblick auf Humanressourcen für den Gesundheitsbereich (Humanressourcenpolitik und -planung, Ausbildung von Gesundheitsfachkräften, Managemententwicklung), 3) Finanzierung des Gesundheitswesens und 4) Stewardship (Unterstützung der einzelstaatlichen gesundheitspolitischen Entwicklung und Bewertung der Leistung und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens).

16. Die vielleicht wesentlichsten Fortschritte wurden bei den Bemühungen erzielt, das im *Weltgesundheitsbericht 2000* vorgestellte WHO-Rahmenkonzept zur Erfassung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen an die Gegebenheiten der einzelnen Mitgliedstaaten anzupassen, so wie auch die Stärke der WHO-Partnerschaften als Erfolg gewertet werden muss. Das Expertengremium und die Beratergruppe für Gesundheitssystementwicklung trugen dazu bei, unserer Arbeit für die Unterstützung der Gesundheitssystementwicklung in den Ländern der Europäischen Region mehr Kohärenz und Nachdruck zu verleihen. Beispiele sind die Stewardship-Arbeit in Bosnien-Herzegowina und die Unterstützung für die Verzahnung der Finanzierung des Gesundheitswesens mit der Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung in Armenien. Die Entwicklung nationaler, sich auf den *Weltgesundheitsbericht 2000* stützender Konzepte für die kontinuierliche Verfolgung und Evaluierung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, hauptsächlich in Kirgisistan, war ein wichtiger Schritt zu einem Beispiel dafür, wie sich globale Konzepte in nationale Zusammenhänge übertragen lassen. Die verbesserten partnerschaftlichen

Vereinbarungen bewährten sich in vielen mit bilateralen Hilfsorganisationen, der EU, der Weltbank, dem Europarat, dem Open Society Institute und anderen durchgeführten Aktivitäten. Beispielsweise beteiligte sich die WHO im Expertenausschuss für Palliativversorgung des Europarats, dessen Empfehlungen vom Europarat angenommen wurden.

17. Ausdrückliche Erwähnung verdient die bei der Überarbeitung eines Entwurfs für das neue Gesundheitsgesetz (gemeinsam mit der Europäischen Kommission) in Bulgarien geleistete Arbeit des Regionalbüros, an der mehrere Fachprogramme des Regionalbüros beteiligt waren. Ähnliches wurde bei einer Prüfung des vom türkischen Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Programms für die Umgestaltung des Gesundheitswesens sowie des nationalen Gesundheitsplans von Portugal geleistet.

18. Darüber hinaus werden, um mit und in den Ländern effektiver und wirksamer arbeiten zu können, alle vor Ort von der WHO erbrachten fachlichen Unterstützungsmaßnahmen durch Aktivitäten ergänzt, die die Gesundheitssystementwicklung fördern und die gesundheitspolitischen Konsequenzen solcher Maßnahmen berücksichtigen. Dieses Vorgehen hilft den Ländern bei ihren Gesundheitsreformbemühungen und bringt eine breite gesundheitspolitische Debatte in Gang.

19. An der Länderarbeit waren eine (auch aus Vertretern der Weltbank, der Europäischen Kommission und von anderen Partnern bestehende) Beratergruppe und ein für Gesundheitssystementwicklung zuständiges Expertengremium aktiv beteiligt. Mehrere Mitgliedstaaten haben bei der Umsetzung der Münchner Erklärung über das Pflege- und Hebammenwesen (2000) Fortschritte gemacht, indem sie Pflegende und Hebammen besser in ihre Gesundheitspolitik und in die das Gesundheitssystem betreffende Arbeit einbinden. Hier liegen jedoch noch viele Herausforderungen für die Zukunft.

20. Im Arzneimittelbereich unterstützte das Regionalbüro die Länder fortgesetzt bei der Weiterentwicklung und Umsetzung einer nationalen Arzneimittelpolitik als Teil ihrer Gesundheitssystemgestaltung. Konkrete Unterstützung erhielt unter anderen die Ukraine beim Aufbau ihrer Arzneimittelbehörde, so wie auch eine Inspektion der russischen Hersteller von Tuberkulosemedikamenten unterstützt wurde, was dazu führte, dass sich die Zugänglichkeit dieser Medikamente in der Russischen Föderation verbessert hat. Die Zugänglichkeit von antiretroviralen Medikamenten (ARV) in Rumänien, einem Land mit ausgedehntem Zugang zu ARV-Medikamenten, wurde untersucht, und die Ukraine wurde dabei unterstützt, die Zugänglichkeit von ARV-Medizin im Rahmen der Initiative „3bis5“ zu verbessern. Mit Polen und den baltischen Ländern wurde die Kompetenzbildung für die klinische Bewertung und die Evaluierung der Kostenwirksamkeit von Medikamenten für die Rückvergütung fortgeführt. Außerdem sollte die Veröffentlichung der siebten Auflage von *Drugs and money* erwähnt werden, in der es um Kostendämpfungs-konzepte geht.

21. Das Regionalbüro befasst sich wie gesagt auch mit den konkreten Erfordernissen von Ländern ohne BCA und hilft ihnen insbesondere bei der Gestaltung ihrer Gesundheitspolitik (Frankreich und Portugal) oder bei der Problemlösung in einem bestimmten Bereich dieser Politik (Evaluierung der Gesundheitsförderungspolitik in Finnland). Erwähnt werden sollte auch der für das National Institute of Clinical Excellence im Vereinigten Königreich erstellte kritische Überblick über die Technikfolgenabschätzung im Gesundheitsbereich. Instrumente für die Koordinierung des Gesundheitswesens in dezentralisierten westeuropäischen Ländern mit steuerfinanzierten Systemen wurden der spanischen Regierung angeboten, deren Arbeit an einem Gesetz zur Koordinierung der Gesundheitsversorgung damit unterstützt werden sollte.

### **Reaktion auf gesundheitliche Krisensituationen**

22. Der Beistand für Mitgliedstaaten in gesundheitlichen Krisensituationen bezeugt, dass das Regionalbüro jetzt inhaltlich und praktisch besser auf die dabei entstehenden Anforderungen reagieren kann. Die jüngsten Beispiele (von 2002 und 2003) sind gesundheitliche Notsituationen in Andorra, in der ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, in Spanien und in der Tschechischen Republik. Die Krise in Andorra entstand im Zusammenhang mit der möglichen Belastung der Bevölkerung durch Dioxinemissionen. Das gesundheitliche Risiko wurde von der Bevölkerung als sehr hoch empfunden. In dieser Auffassung wurde sie von den Medien und von nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) noch bestärkt. Das

tatsächliche Gefährdungspotenzial entsprach jedoch bei weitem nicht dem wissenschaftlich vorhersagbaren Risikoniveau. Die WHO half dem Ministerium für Gesundheit und Wohlbefinden und einer interministeriellen Arbeitsgruppe und lieferte dem Parlamentsausschuss klärende Angaben über die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung.

23. Eine andere, politisch gefärbte gesundheitliche Krise betraf Kirgisistan, wo das direkte Einschreiten des Regionalbüros zur Lösung eines Problems im Zusammenhang mit der Gesundheitssystemreform des Landes beitrug. Die Stolpersteine der Reform bereiteten nicht nur dem Gesundheitsministerium (das die Reform ausweiten wollte) Kopfzerbrechen, sondern lösten auch bei den wichtigsten externen Partnern, die diesen Prozess unterstützten, Besorgnis aus (d. h. bei der Weltbank, der Agency for International Development der Vereinigten Staaten (DFID) und dem Schweizer Bundesamt für Entwicklung und Zusammenarbeit). Es gelang diesen Stellen mit konzertierten Bemühungen, ihre Unterstützung der Reformen zu erneuern.

24. Ein für die WHO wichtiges Handlungsfeld in gesundheitlichen Krisensituationen sind die Katastrophenhilfe und die humanitäre Hilfe. Im Rahmen von Katastrophenschutzmaßnahmen und um die gesundheitlichen Folgen von Katastrophen abzumildern, liefert die WHO Gesundheitsinformationen, hält Managementinstrumente bereit und leistet politische und technische Unterstützung. Sie trägt auch zur Stärkung internationaler Partnerschaften bei. Im Jahr 2003 beteiligte sich das Regionalbüro an der alle Regionen einbeziehenden Ausarbeitung der globalen WHO-Strategie für Gesundheitliche Maßnahmen in Krisensituationen (Health Action in Crisis = HAC). Der Einsatzplan wurde auf regionaler Ebene verfeinert und in einen auf drei Jahre angelegten Vorschlag zur Stärkung der von der WHO auf dem Gebiet des Katastrophenschutzes durchgeführten Kompetenzbildungsmaßnahmen aufgenommen.

25. Im Haushaltszeitraum 2002–2003 engagierte sich das Regionalbüro bei zwei großen Krisen in Afghanistan (2002) und im Irak (2003) in enger Koordination mit dem WHO-Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum (EMRO) in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (Koordination, technische und logistische Unterstützung) mit Tadschikistan, der Türkei, Turkmenistan und Usbekistan. Damals wurden der Lenkungsausschuss für Katastrophensituationen von WHO/EURO und die Sonderarbeitsgruppe zum Thema Biologische, Chemische und Atomare Kriegsführung (BCNW) gestärkt.

26. Die tschetschenische Bevölkerung erhielt von der nordkaukasischen Stelle für Notfalleinsätze über die Büros in Nasran und Wladikawas weiterhin humanitäre Hilfe, die von dem für das humanitäre Hilfsprogramm zuständigen WHO-Büro in der Russischen Föderation koordiniert wurde. Im Jahr 2003 wurde das Büro in Wladikawas geschlossen. Der Einsatz im Nordkaukasus wurde Ende 2002 einer externen Evaluierung unterzogen.

27. Zwei schwere Erdbeben in der Europäischen Region, nämlich in Georgien (Tiflis, 2002) und in der Türkei (Bingol, 2003) machten den Beistand bei Katastrophenschutz und Katastrophenhilfe notwendig, was auch bei den schweren Überschwemmungen vom Jahr 2002 in Prag und vom Jahr 2003 in Tirana der Fall war.

28. Das Regionalbüro leitete fortgesetzt humanitäre Hilfseinsätze im Balkangebiet, wobei es den Schwerpunkt seiner Unterstützung auf Wiederaufbau und Wiedereingliederung verlagerte. Besonders erwähnt werden sollten die Erfolge zweier Gesundheitsprogramme im Balkangebiet, nämlich das bevölkerungsbezogene Programm für psychische Gesundheit und das Frühwarnsystem für übertragbare Krankheiten. Beide Programme liefen in der Frühphase der Notsituationen an und wurden während der Wiederaufbau- und Wiedereingliederungsphase in Albanien, in Bosnien-Herzegowina, in der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien sowie in Serbien und Montenegro, einschließlich der unter der Übergangsverwaltung der Vereinten Nationen stehenden Provinz Kosovo, weitergeführt. Im Haushaltszeitraum 2002–2003 wurden die beiden Programme in den Stabilitätspakt für Südosteuropa eingegliedert.

29. Ende 2003 wurde eine erfolgreiche Strategie umgesetzt für den schrittweisen Rückzug aus der Wiederaufbau- und Wiedereingliederungsarbeit in einigen baltischen Ländern und für die Eingliederung der für die humanitäre Hilfe zuständigen Büros in ein „Gesamt-WHO“-Länderbüro, das jetzt innerhalb

eines gemeinsamen BCA-Rahmens sowohl für die humanitäre Hilfe als auch für Entwicklungstätigkeiten zuständig ist. In Albanien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien und in Tadschikistan ermöglicht dieses Vorgehen es jetzt, einheitlich auf den Sofortbedarf bei Wiederaufbau und Wiedereingliederung zu reagieren und außerdem umfassendere Gesundheitsreformprozesse in den Ländern konsequenter zu unterstützen.

30. Gleichzeitig hat die WHO weiterhin eine wichtige Koordinationsfunktion für alle Aktivitäten im Gesundheitssektor, vor allem angesichts der zahlreichen NGOs, die in den Ländern auf dem Gebiet der humanitären Hilfe tätig sind. Diese Koordinationsfunktion wird im Haushaltszeitraum 2004–2005 noch gestärkt.

### **Fachprogramme**

31. Das Regionalbüro bietet den Ländern eine Fülle von Fachprogrammen, die die wichtigsten Public-Health-Bereiche abdecken. Dies geschieht unter Ausnutzung der im Sekretariat vorhandenen Fachressourcen (Fachreferate im Regional- und im Hauptbüro, spezialisierte WHO-Zentren) und durch ein ausgedehntes Netz von Experten und Einrichtungen, die mit der WHO zusammenarbeiten.

32. Im Berichtszeitraum wurden neue BCAs strategischer und in engerer Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten aufgestellt und umgesetzt. Dieses neue Herangehen an BCAs war entscheidend wichtig für die bessere Eingliederung von Programmteilmitteln in eine breitere Gesundheitspolitik und in die Gesundheitssystemdimension der Länderarbeit.

33. Wie einleitend erwähnt, soll der Bericht keine umfassende Darstellung der Aktivitäten und Erfolge einzelner Fachprogramme liefern. Einige Höhepunkte werden im letzten Kapitel des Berichts angeführt und ausführliche Angaben über die Erfolge sind auf Anfrage beim Sekretariat erhältlich. Außerdem enthält Dokument EUR/RC54/Inf.Doc./2 einen nach Ländern aufgeschlüsselten Überblick über die Arbeit der WHO und das im Zeitraum 2002–2003 Erreichte.

## **Verbesserung der praktischen Arbeit für die Länder**

### **Stärkung der WHO-Länderbüros**

34. Die Vereinheitlichung und Stärkung der Länderpräsenz der Organisation ist notwendig, wenn das Regionalbüro imstande sein soll, seinen Verpflichtungen nachzukommen. Das Konzept eines einzigen Länderbüros, das von seinen Funktionen her alle Interessen des Regionalbüros in dem jeweiligen Land in sich vereint, wird in die Praxis umgesetzt, so dass alle die Finanzierung und die Humanressourcen betreffenden Angelegenheiten (seien es ständige oder zeitweilige Mitarbeiter, einschließlich Projektteams für die humanitäre Hilfe und die Bekämpfung bestimmter Krankheiten usw.) unter der Schirmherrschaft der Abteilung Länderunterstützung am Regionalbüro voll in die Zuständigkeit des Länderbüros übergehen.

35. Wenn die WHO-Länderbüros effektiv arbeiten sollen, brauchen sie Mitarbeiter mit den erforderlichen Qualifikationen und das rechtliche Mandat, ihre neue, umfassendere Rolle auszufüllen. Diesem Zweck dienen drei Maßnahmen: 1) Überführung der erforderlichen Humanressourcen aus dem Regionalbüro in Kopenhagen in die betreffenden Länder; 2) Ernennung von international rekrutierten Leitern der Länderbüros; 3) Verbesserung der fachlichen Qualifikationen der vorhandenen Mitarbeiter, vor allem der Länderreferenten. Gleichzeitig wurde in 26 Ländern die Besoldung der Länderreferenten und Verwaltungsassistenten angehoben und ihr rechtlicher Status verbessert. Die erfolgreichen Bewerber für die Stelle als Länderreferent haben bedarfsgerechte Schulungskurse durchlaufen.

36. Ein sorgfältig geplantes Schulungsangebot, dessen Kern die Themen Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme sowie Managementkompetenz bilden, wobei letzteres auch das theoretische und praktische Finanzmanagement umfasst, ist zur Verbesserung des für den Ländereinsatz erforderlichen fachlichen Könnens unerlässlich. Gegenwärtig haben etwa 60 Mitarbeiter der Länderbüros eine solche Schulung durchlaufen, die positive Ergebnisse gezeitigt hat, was sich an den systematisch durchgeführten Evaluierungen ablesen lässt.

### **Die zur Erleichterung der Länderunterstützung angepasste Managementstruktur des Regionalbüros für Europa**

37. Die Länderstrategie sieht neue Vorgehensweisen, neue Stellenprofile und Arbeitsprozesse vor. Im Regionalbüro wurde eine funktionsorientierte, statt wie bisher an Programmen und Referaten ausgerichtete Strukturanpassung vorgenommen, die inzwischen erfolgreich abgeschlossen ist. Besonders erwähnt werden sollte der Help Desk für die Länderarbeit, ein Referat, das für die Koordinierung aller Ländereinsätze des Regionalbüros zuständig ist. Durch ein Managementsystem für die Länderarbeit, das explizite Leistungsindikatoren enthält, bildet sich allmählich eine neue Managementkultur heraus, die Leistungsfähigkeit und Effektivität des Regionalbüros positiv beeinflusst.

38. In Übereinstimmung mit dem in der Initiative Schwerpunkt Länderarbeit aufgestellten Ziel, die Verwaltungskompetenz der WHO-Länderbüros zu verbessern, wurden Verwaltungsleitlinien ausgearbeitet; die Mitarbeiter der Länderbüros erhielten einschlägige praktische Schulungskurse. Die administrative Unterstützung durch das Regionalbüro wurde umstrukturiert, und die Bereiche Haushalt, Finanzen und Humanressourcen haben jetzt Ansprechpartner. Verwaltungsmitarbeiter waren häufiger in den Länderbüros, um die Arbeitsbedingungen vor Ort besser kennen zu lernen und bei der Lösung von Problemen direkt behilflich sein zu können.

39. Die WHO arbeitet weiter darauf hin, die Ressourcenplanung in den Länderbüros zu verbessern und die Arbeitsverfahren zu standardisieren sowie die Leistung der Länderbüros anhand vereinbarter Indikatoren zu verfolgen.

### **Ausbau von Partnerschaften**

40. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wurde in der von den Mitgliedstaaten angenommenen Länderstrategie als Grundprinzip der Arbeit des Regionalbüros mit den Ländern hervorgehoben. Entsprechend hat sich das Regionalbüro um den Ausbau internationaler Partnerschaften bemüht, um eine Atmosphäre der gemeinsamen Verantwortung zu schaffen und bessere Arbeitsergebnisse zu erzielen, wobei die Probleme von Doppelgleisigkeit und schlechter Koordinierung der internationalen Gesundheitsarbeit zu überwinden waren, und das alles angesichts eines enormen Bedarfs und begrenzter Ressourcen. Partnerschaft bietet Möglichkeiten für Synergiewirkungen zwischen internationalen Akteuren, die jeweils von ihrer eigenen Plattform und ihrem eigenen Mandat aus arbeiten. Im Berichtszeitraum wurde der Versuch unternommen, diese Partnerschaften offizieller auf institutioneller Ebene zu verankern. Mit den meisten der betreffenden Organisationen wurden Vereinbarungen unterzeichnet, die genaue Angaben über die Reichweite, den Zweck und das Programm der Zusammenarbeit enthalten. Die Umsetzung dieser Vereinbarungen wird regelmäßig überprüft.

41. **Bestehende Partnerschaften**, vor allem mit der Europäischen Kommission, dem Europarat und der Weltbank, wurden durch die gemeinsame Teilnahme an jährlichen Treffen hochrangiger und leitender Managementmitarbeiter und durch regelmäßig alle zwei Monate stattfindende Koordinationssitzungen gestärkt.

42. Die Partnerschaft mit der Europäischen Kommission wurde beispielsweise dadurch ausgeweitet, dass WHO-Mitarbeiter aus dem Bereich Überwachung von übertragbaren Krankheiten an die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GDSanco) abgestellt wurden, das Regionalbüro hatte mit fünf von sieben Finanzierungsanträgen beim Gesundheitsprogramm 2003–2008 der GDSanco Erfolg und lieferte zudem den WHO-Beitrag für die Umwelt- und Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission. Die technische Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission wurde auf eine ganze Reihe von Kommissionsdiensten ausgedehnt, u. a. Forschung, Umwelt, Unternehmen, humanitäre Hilfe und auswärtige Beziehungen. Es steht zu erwarten, dass diese Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission weiterhin zunehmen wird, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheitsinformation.

43. Die WHO arbeitete im Zeitraum 2002–2003 mit allen EU-Präsidentschaften (Spanien, Griechenland, Dänemark und Italien) zusammen und informierte die Gesundheitsattachés der EU zu inhaltlichen

Fragen von gemeinsamem Interesse, u. a. über Anti-Tabak-Maßnahmen, Umwelt und Gesundheit, die Zusammenarbeit mit dem neuen EU-Zentrum für Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und die Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften.

44. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Europarat konzentrierte sich hauptsächlich auf das Programm für die Stabilitätspaktländer in Südosteuropa. Die Zusammenarbeit galt außerdem dem Bereich Geschlecht und Gesundheit, insbesondere der Problematik der geschlechtsspezifischen Gewalt, sowie der Thematik psychische Gesundheit und Menschenrechte. Der Europarat war an der Ausarbeitung des die Menschenrechte betreffenden Abschnitts der aktualisierten Fassung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle beteiligt.

45. Auf Länderebene gelang es, Projekte der Weltbank und des Regionalbüros besser zu koordinieren. Diese Zusammenarbeit war besonders wichtig in den Fällen, wo es darum ging, die Länder in ihren Bemühungen um eine Intensivierung der Gegenmaßnahmen zur HIV/Aids-Epidemie und auf dem Gebiet der Gesundheitssystementwicklung zu unterstützen.

46. **Die Partnerschaften mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen** wurden während des Berichtszeitraums ebenfalls ausgebaut. Mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) wurde die jährliche Koordinationstagung abgehalten. Die Zusammenarbeit mit UNICEF erstreckte sich auf Bereiche wie Überwachung von übertragbaren Krankheiten, die Initiative Roll Back Malaria und Gesundheit von Jugendlichen. Vorteilhaft dafür war auch die enge Zusammenarbeit mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA). Mit dem Gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) erarbeitete das Regionalbüro die europäische Strategie zur Verhütung der HIV-Infektion bei Säuglingen und Kleinkindern.

47. Auch die Möglichkeiten **neuer Partnerschaften** wurden erkundet. Im Jahr 2003 fand das erste allgemeine Koordinationstreffen mit der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) und der Deutschen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (KfW) statt, bei dem die Etablierung engerer Beziehungen ins Auge gefasst wurde und die bereits bestehende und künftige Zusammenarbeit in verschiedenen Arbeitsbereichen evaluiert wurde. Das Regionalbüro erhielt Unterstützung von der niederländischen Organisation für Gesundheitsforschung und Entwicklung (ZonMw), die bereits eine Stelle im Bereich Geschlecht und Gesundheit finanziert, weitere Projektvorschläge werden erörtert. Eine Verlängerung des Memorandum of Understanding mit dem Open Society Institute wurde 2003 ebenfalls fertig gestellt, was eine starke und laufende Finanzierung von Projekten des WHO-Regionalbüros für Europa in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen mit sich bringt, u. a. für das HIV/Aids-Programm und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme. Erste sondierende Gespräche wurden auch mit der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) geführt. Im Jahr 2003 wurden auf leitender Managementebene Koordinationssitzungen abgehalten und demnächst finden mit beiden Organisationen eher auf die praktisch-technische Zusammenarbeit ausgerichtete Treffen statt.

48. Es ließen sich zahlreiche Beispiele für die **in Zusammenarbeit mit Partnern durchgeführten Aktivitäten** anführen. Wichtige Projekte wurden in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Health Evidence Network – der Clearingstelle für Informationen, die bei Public-Health-Entscheidungen von Nutzen sein können – gemeinsam mit nationalen und internationalen Organisationen (insbesondere mit der Europäischen Kommission) durchgeführt und umfassten die Überwachung von übertragbaren Krankheiten (mit der Europäischen Kommission) und Vorbereitungsarbeiten für die im Jahr 2005 geplante Konferenz zum Thema psychische Gesundheit (mit der Europäischen Kommission und dem Europarat).

49. Partnerschaft ist ein wichtiger Aspekt der Länderstrategie. Die Mitarbeiter des Regionalbüros arbeiten vor Ort zunehmend mit anderen Akteuren zusammen. Einige Beispiele erfolgreicher Partnerschaften, deren Erfolg sich an dem Einfluss ablesen lässt, die sie auf die Entwicklung in den Ländern gehabt haben, sind die erneut gefestigte Ausrichtung der Gesundheitsreform in Kirgisistan, die HIV/Aids-Arbeit in Bulgarien und in der Ukraine und die (gemeinsam mit der Europäischen Kommission) in Bulgarien vorgenommene Sichtung der Gesundheitsgesetzgebung. Weitere Beispiele sind die beim

Weltgesundheitstag propagierte Förderung gesunder Lebensumfelder für Kinder in der Russischen Föderation (im Zusammenhang mit einer Ausstellung von Werken berühmter russischer Künstler) und die (gemeinsam mit der Weltbank, dem DFID und der Europäischen Kommission vorangetriebene) Reform der Primärversorgung in Georgien.

50. Den Mitgliedstaaten wurde bei der Ressourcenbeschaffung geholfen, beispielsweise durch Finanzierungsanträge beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, was es ihnen ermöglichen sollte, ihre vorrangigen gesundheitlichen Aufgaben anzugehen. Auf ausdrücklichen Wunsch der 52. Tagung des Regionalkomitees beteiligte sich das Regionalbüro mit einem genau festgelegten Mandat aktiv an dieser Initiative. Spürbare Erfolge brachte die Unterstützung der Projektanträge von Estland, Kroatien und Usbekistan (HIV/Aids) sowie von Bulgarien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, Rumänien und der Ukraine (Tuberkulose). Das Regionalbüro leistet bei der Umsetzung von Projekten in den in der ersten Finanzierungsrunde angenommenen Ländern starke Unterstützung.

51. Durch verschiedene Programme wurden auch sektorübergreifende Partnerschaften ausdrücklich gefördert. Beispielsweise wird der Europäische Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen gemeinsam vom Europarat, der EU und dem Regionalbüro geleitet. Am 7. April 2003, dem Weltgesundheitstag, unterstützte der Verbund das landesweite Engagement der lettischen Regierung, was zu einer offiziellen Vereinbarung zwischen den lettischen Ministerien für Gesundheit, Bildung und Wissenschaften und dem Minister für Sonderaufgaben im Bereich Kinder und Familienangelegenheiten führte.

52. Das Regionalbüro hat sich verstärkt für die Erleichterung der bilateralen Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten eingesetzt, um so Nachhaltigkeit und Kontinuität zu fördern. Das israelische Gesundheitsministerium unterstützte durch das Stipendienprogramm des Regionalbüros ein Projekt in den zentralasiatischen Republiken, das der Kompetenzverbesserung im Hinblick auf verschiedene Aspekte der öffentlichen Gesundheit, der primären Gesundheitsversorgung und der Familienmedizin diene. Mit dem durch das EuroPharm Forum des Regionalbüros erleichterten partnerschaftlichen Zusammengehen von Apothekerverbänden in Estland, Kroatien und Lettland mit den entsprechenden Organisationen in Dänemark, Deutschland und Finnland konnte die Durchführung der Patientenaufklärungskampagne „Fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Apotheker“ sichergestellt werden.

## **Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle**

53. Als das Regionalkomitee 1998 das Rahmenkonzept Gesundheit für alle für die Europäische Region (GESUNDHEIT21) verabschiedete, beschloss es (mit Resolution EUR/RC48/R5), dass die nächste Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts im Jahr 2005 vorzulegen sei. Diese Aktualisierung begann Anfang 2003 in Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees. Selbst in der seit der Verabschiedung von GESUNDHEIT21 vergangenen relativ kurzen Zeitspanne von fünf Jahren haben sich die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten erheblich verändert. Die Aktualisierung muss deshalb die Erfahrungen und das Wissen berücksichtigen, die die Länder in dieser Zeit erworben haben. Dieses vom Ständigen Ausschuss gebilligte Vorgehen sah deshalb vier in enger Wechselwirkung zu durchlaufende Prozesse vor. Die Aktualisierung gründet sich auf vier Säulen: die aus dem Konzept Gesundheit für alle gezogenen Lehren, die Werte von Gesundheit für alle aus heutiger Sicht, Entwurf von Instrumenten für Entscheidungsträger und Leitlinien für die Umsetzung der Aktualisierung von Gesundheit für alle.

### **Säule eins: die aus dem Konzept Gesundheit für alle gezogenen Lehren**

54. In den letzten beiden Jahrzehnten diene das Konzept Gesundheit für alle den Ländern einzeln und insgesamt als Anregung. Es kurbelte die gesundheitspolitische Debatte an und beeinflusste sie, und das sogar in Ländern, die sich keine offiziellen Ziele zur Gesundheit für alle gesetzt haben. Allerdings fehlt das zusammenhängende Wissen über diese Entwicklungen, so wie auch der von dem Konzept der Gesundheit für alle ausgehende tatsächliche Einfluss in den Ländern nicht richtig erfasst wurde. Das Regionalbüro für Europa lancierte deshalb zwei vom Europäischen Zentrum für Gesundheitspolitik und dem

Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Brüssel geleitete Studien, die diese Wissenslücke schließen sollten, nämlich zum einen die Sichtung der vorliegenden Fakten über die Annahme und die Nutzung des Konzepts Gesundheit für alle in der Europäischen Region und zum anderen eine Untersuchung über die gesundheitspolitische Instrumentalisierung der Ziele in den Mitgliedstaaten.

### **Säule zwei: die Werte von Gesundheit für alle aus heutiger Sicht**

55. Ein eigens gebildetes Expertengremium sollte helfen, die Leitwerte der gesundheitlichen Entwicklung als Teil der Bewegung Gesundheit für alle in der Europäischen Region neu zu bewerten und diese Werte mit gesundheitspolitischen Vorstellungen und Public-Health-Gedanken zu verknüpfen. Dieses Gremium begann damit, die durch Gesundheit für alle geförderten Werte zu überdenken und zu entscheiden, welche bei der geplanten Aktualisierung bekräftigt werden sollten.

56. Die bereits in dem bestehenden Rahmenkonzept Gesundheit für alle und in ähnlichen Dokumenten der WHO und der Vereinten Nationen verankerten Werte und Grundsätze behalten für den Gesundheitssektor der Europäischen Region auch weiterhin Gültigkeit. Ein Schlüsselproblem stellt sich mit der schwierigen Frage, wie sich weithin akzeptierte Wertvorstellungen mit den Faktoren verknüpfen lassen, die für die Gestaltung und Umsetzung gesundheitspolitischer Konzepte und Maßnahmen entscheidend sind. Das Expertengremium hatte deshalb u. a. die wichtige Aufgabe, ein Wertesystem herauszuarbeiten, das im Gesundheitsbereich eine von ethischen Werten geleitete Regierungspraxis sicherstellt. Das Gremium erarbeitete einen Vorschlag für einen neuen konzeptionellen Kontext, der die Interpretation und Zusammenfassung der bisherigen und neuer Werte ermöglicht und den politischen Entscheidungsträgern helfen soll, die ethische Dimension ihrer gesundheitspolitischen Konzepte und Maßnahmen zu bewerten. Der Vorschlag umfasst drei sich wechselseitig bedingende Dimensionen: Achtung des Rechts auf Gesundheit als Menschenrecht, Chancengleichheit, Solidarität und Mitsprache der Bevölkerung als Grundprinzipien und von ethischen Werten getragene Steuerung des Gesundheitssystems.

### **Säule drei: Entwurf von Instrumenten für Entscheidungsträger**

57. In diesem Teil des Aktualisierungsprozesses wurden Instrumente erarbeitet, mit denen Entscheidungsträger sichern können, dass ihre Gesundheitspolitik und ihre Gesundheitsprogramme mit den Werten von Gesundheit für alle übereinstimmen, und zwar sowohl im Hinblick auf die Bewertung der heutigen Lage als auch die Einschätzung möglicher künftiger Entwicklungen.

58. Politischen Entscheidungsträgern sollen konkrete Methoden geboten werden, anhand deren sie beurteilen können, inwieweit ihre Politik oder ihre Programme mit den Werten von Gesundheit für alle übereinstimmen. Das anzustrebende Resultat wäre eine Art abzuhakende Liste, wobei die Entscheidungsträger die Politik und die Programme ihres Landes anhand einer Reihe von vorgegebenen Fragen beurteilen könnten.

59. Ein zweites Ergebnis wäre eine Reihe von vorgeschlagenen Instrumenten, die Entscheidungsträger bei der Planung ihrer gesundheitspolitischen und programmorientierten Reformen oder bei der Lancierung neuer Reformmaßnahmen einsetzen könnten. Beabsichtigt ist, die Qualität und Relevanz der einzelnen in Vorschlag gebrachten Instrumente für die Gesundheitssystementwicklung und für die durch die Aktualisierung von Gesundheit für alle bestätigten Werte zu überprüfen. Instrumente dieser Art sind beispielsweise: Methoden der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, neues evidenzbasiertes Wissen über eine gute Public-Health-Praxis und Mechanismen zur Förderung von Exzellenz und Qualität, die auch Akkreditierungsmaßnahmen vorsehen.

## **Säule vier: Umsetzung der Aktualisierung von Gesundheit für alle – Leitlinien und Praxismodelle**

60. Diese Arbeit resultiert in konkreten, praktischen Empfehlungen für die Umsetzung des aktualisierten Rahmenkonzepts Gesundheit für alle. Für Einzelheiten zu dieser Säule des Prozesses ist es jedoch noch zu früh, da sie erst angegangen werden kann, wenn die Arbeit an den ersten drei Säulen abgeschlossen ist. Eine Möglichkeit wäre es, hier einige Fallstudien aufzunehmen über die Konzepte und Programme, die mit deutlicher Verzahnung von Werten und Maßnahmen geplant wurden.

61. Fruchtbar war die Aktualisierung des Konzepts Gesundheit für alle im Berichtszeitraum schon deshalb, weil es gelungen ist, die Methodik für den Aktualisierungsprozess festzulegen und das überarbeitete Konzept auch weitgehend inhaltlich zu definieren. Ein erster Entwurf geht den Mitgliedstaaten in einer umfassenden Konsultationsrunde noch vor Ende 2004 zu. Der endgültige Entwurf wird wie geplant auf der 55. Tagung des Regionalkomitees im September 2005 erörtert und hoffentlich auch verabschiedet werden können.

## **Verbesserung der Evidenz- und Informationsgrundlage**

62. In der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa wurde der Stellenwert von Information und Wissen als Grundlage für Fortschritte im Public-Health-Bereich unterstrichen. Mit der Strategie wurde dem Regionalbüro der Auftrag erteilt, in enger Zusammenarbeit mit den Ländern moderne Systeme für das Informations- und Wissensmanagement zu entwickeln und dabei seine Fähigkeit zur Analyse der die Entscheidungsfindung stützenden Daten zu verbessern sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den zahlreichen in diesem Bereich tätigen Gremien zu fördern. Das Regionalbüro ist somit entschlossen, ein wissenschaftlicheres, evidenzbasiertes Konzept von Public Health zu fördern. Zu diesem Zweck wurden koordinierte Initiativen zur Beibringung von wissenschaftlich abgesichertem, politikrelevantem Faktenmaterial sowie von Gesundheitsdaten und -informationen ergriffen um sicherzustellen, dass die Suche nach Informationen und wissenschaftlich haltbarem Faktenmaterial sowie deren Evaluierung und Verbreitung für Entscheidungsträger von direktem Nutzen sind und sich die Mitarbeiter und Programmverantwortlichen des Regionalbüros bei ihren eigenen Entscheidungen, bei der Beratung von Mitgliedstaaten und bei der Abgabe von Empfehlungen an die Mitgliedstaaten auf die beste wissenschaftlich abgesicherte Faktengrundlage stützen.

63. Die Bemühungen um die Entwicklung einer expliziten, evidenzbasierten Arbeitsmethode begannen im Regionalbüro im Jahr 2001, als die Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation eingerichtet und das Programm Evidenz zu gesundheitlichen Bedürfnissen und Maßnahmen (ENI) geschaffen wurde. Der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) erhielt in seiner neuen Zusammensetzung die Funktion, den Regionaldirektor hinsichtlich einer besseren Definition von evidenzbasierter Politik zu beraten. Eine Umfrage im Regionalbüro machte deutlich, dass unter den Mitarbeitern weder ein einvernehmliches Verständnis des Begriffs „Evidenz“ noch Einheitlichkeit herrschte bei der Erhebung, Auslegung und Nutzung von wissenschaftlich abgesichertem Faktenmaterial, das die Grundlage von Empfehlungen für gesundheitspolitische Beschlüsse abgeben sollte. Die Durchsicht ausgewählter Berichte des Regionalbüros für Europa zeigte auch, dass sich Empfehlungen häufig nicht aus dem vorgelegten Faktenmaterial ableiteten, was unterstrich, dass die Arbeitsweise auf eine systematische Ausnutzung von wissenschaftlich abgesichertem Faktenmaterial umgestellt werden musste.

64. Gestützt auf die Arbeit des EACHR und die Beratung mit den Fachprogrammen und anderen Mitarbeitern entwickelte das Regionalbüro eine breitere und praktischere Definition und ein leichter handhabbares Verständnis des Evidenzkonzepts für die Beratung der Mitgliedstaaten und die an die Mitgliedstaaten abzugebenden Empfehlungen. Das Konzept soll nicht nur Forschungsergebnisse einschließen, sondern Evidenz wird hier verstanden als „Forschungserkenntnisse und anderes Wissen, das im Public-Health-Bereich und in der Gesundheitsversorgung als brauchbare Entscheidungsgrundlage dienen kann.“ Die schrittweise, doch erfolgreiche Umstellung der Organisation auf evidenzbasiertes Arbeiten wurde dadurch ermöglicht, dass die Mitarbeiter des Regionalbüros dieses umfassendere Verständnis des

Evidenzbegriffs akzeptierten. Bestätigt wurde die Gültigkeit dieses Evidenzkonzepts, als ein gemeinsam von Mitgliedern des EACHR geschriebenes Papier mit dem Titel *Considerations in defining evidence for public health* vom International Journal of Technology Assessment in Health Care zur Veröffentlichung angenommen wurde. Die Autoren hinterfragen darin die bestehenden Evidenzparadigmen und unterstreichen die Herausforderungen, die sich durch die Verknüpfung von Evidenz mit Empfehlungen ergeben. Das Papier wurde während der 53. Tagung des Regionalkomitees an die Mitgliedstaaten verteilt.

65. Die Strategie für die Verbreitung von evidenzbasierten Arbeitsergebnissen und die Umsetzung des evidenzbasierten Arbeitens machten im Regionalbüro für Europa ein „formalisiertes“ Vorgehen erforderlich, das Fortbildungsangebote, Wissensmanagement, die Zusammenstellung von Materialsammlungen usw. umfasste. Die Aufnahme dieser Vision in die Alltagsroutine und die tägliche Arbeit vollzieht sich in einem ständig fortschreitenden Prozess. Die erwähnten „formalisierten“ Maßnahmen werden dabei durch informellere Strukturen ergänzt, die die gemeinsame Nutzung von Wissen ermöglichen, beispielsweise durch Diskussionsgruppen zum Thema Evidenz und durch den Aufbau einer Evidenzgrundlage in Form von Fallstudien im Regionalbüro. Die neue Definition und das neue Konzept sowie die Methodik des evidenzbasierten Arbeitens wurden in einem internen Papier mit dem Titel *Evidence policy for the WHO Regional Office for Europe* festgehalten, das die Grundlage der künftigen Arbeit und evidenzbasierter Fortbildungsworkshops bildet.

### **Evidenz für die Gesundheitspolitik**

66. Das im Jahr 2003 ins Leben gerufene Health Evidence Network (HEN) ist ein Informationsdienst für im öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Gesundheitsversorgung der Europäischen Region tätige Entscheidungsträger. Mit Hilfe einer internationalen Redaktion wählt das HEN unter den eingehenden Fragen aus und beauftragt Experten mit der Abfassung von Forschungsberichten und evidenzbasierten Antworten, die einer kollegialen Überprüfung unterzogen und regelmäßig aktualisiert werden. Das HEN ermittelt, sichtet und beschreibt einschlägige Datenbanken, wählt Dokumente und andere gesundheitswissenschaftlich relevante Informationen aus und macht dieses Material über eine Homepage zugänglich. Dieses im Web arbeitende Netzwerk liefert Antworten auf die von Entscheidungsträgern gestellten Fragen, und zwar in Form eines ausführlichen Forschungsberichts mit einer einseitigen, die Grundsatzoptionen aufzeigenden Zusammenfassung oder einer einseitigen Zusammenfassung der bereits von den mit dem HEN zusammenarbeitenden Stellen und Organisationen erhältlichen Antworten. Die beim RC53 in die HEN-Produkte eingeführten Delegationen lobten diese Initiative des Regionalbüros, die einem dringlichen Bedarf entgegenkommt. Im Laufe des Jahres 2003 wuchs die Zahl der Besucher auf der HEN-Website ständig. Beim HEN laufen mittlerweile aus mehreren Ländern direkt von Entscheidungsträgern gestellte Fragen ein. Inzwischen liegen über zwanzig Forschungsberichte vor, und jeden Monat kommen neue hinzu. Das HEN wird neue Fragen beantworten und die bereits vorliegenden Antworten laufend aktualisieren.

67. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik unterstützt die einschlägigen Bemühungen des Regionalbüros ebenfalls durch seine Politikanalysen, seine Studien und seine Länderworkshops mit politischen Entscheidungsträgern. Das Regionalbüro hat auch eng mit den anderen Partnern des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zusammengearbeitet, um die Bedürfnisse der Länder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken. Die im Lenkungsausschuss des Observatoriums vertretenen Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen und ihre ausgedehnten Netzwerke helfen, die an die Entscheidungsträger in den Ländern gestellten gesundheitspolitischen Anforderungen zu ermitteln und sicherzustellen, dass sich das Observatorium mit relevantem wissenschaftlich abgesichertem und zugänglichem Faktenmaterial der richtigen Fragen annimmt. Die Studie über soziale Krankenversicherungssysteme in Westeuropa untersucht beispielsweise, wie dieses Konzept funktioniert, und ist ein nützliches Instrument für Länder, die Versicherungssysteme einführen und ausbauen, aber auch für Länder, die ihre etablierten Systeme neuen Anforderungen anpassen. Die jüngste Untersuchung zum Thema strategischer Einkauf zeigt den Zusammenhang zwischen dem gesellschaftlich wünschenswerten Zugewinn an Gesundheit und der Ressourcenzuweisung für das Gesundheitssystem auf. Sie kann keinem Land sagen, was es zu tun hat, legt jedoch deutlich dar, was andere

Länder tun, und erläutert, was in unterschiedlichen Zusammenhängen mehr oder weniger gut funktioniert. Das Observatorium führte außerdem Untersuchungen zum Thema Arzneimittel und über die Grundsatzkonsequenzen der EU-Erweiterung durch. Im Zuge der Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle beteiligt sich das Observatorium an Untersuchungen zu der Frage, wie Gesundheit für alle die Politik der Länder beeinflusst hat und inwieweit Ziele als Instrument der politischen Entscheidungsfindung dienen können. Die Ergebnisse dieser Analysen werden in Zusammenfassungen, Grundsatzpapieren und Aufsätzen durch Übersetzungen, das Web und natürlich das Health Evidence Network der WHO zugänglich gemacht.

68. Die Partner des Observatoriums helfen den Ländern gemeinsam, das wissenschaftlich gesicherte Faktenmaterial in ihrer praktischen Arbeit auszunutzen, und unterstützen Seminare und Workshops wie die in den Gastgeberländern Polen und Ungarn abgehaltenen Treffen, die es den neuen EU-Mitgliedstaaten ermöglichen, sich ausgehend von den neuesten und besten Analysen wahrscheinlicher gesundheitlicher Gefährdungen gemeinsam ihrer Kernanliegen anzunehmen. Die Observatoriumspartnerchaft reagiert jedoch nicht nur auf konkrete Herausforderungen im Zusammenhang mit wichtigen Problemkomplexen. Sie ist sich auch der alltäglichen Sachzwänge bewusst, denen Entscheidungsträger unterworfen sind. Deshalb vermittelt man durch die Reihe Gesundheitssysteme im Wandel (HiT) auch weiterhin einen deutlichen Eindruck davon, was im Gesundheitswesen der einzelnen Mitgliedstaaten passiert. Die HiT-Profile sind ein Standard für die Gesundheitssystembeobachtung und ermöglichen es den Ländern, aus einem gewissen Abstand zu sehen, wie weit sie gekommen sind, wie sie im Vergleich mit anderen abschneiden und wie sich die von ihnen getroffenen Beschlüsse im Laufe der Zeit auswirken. Während des Berichtszeitraums erstellte das Observatorium zehn Profile auf Englisch und fünf auf Russisch.

69. Während der letzten beiden Jahre hat das Observatorium seine Anfangserfolge ausgebaut und seine Arbeit so weiterentwickelt, dass es inzwischen den Anforderungen aller Partner besser gerecht wird und zunehmend aufgeschlossener auf neue Aufgaben reagiert, wobei es ihm vorrangig darum geht, den Praktikern die von ihnen gewünschte Evidenz in einer für sie brauchbaren Form zu liefern. Das Observatorium hat sich auch vergrößert und ein Team nach Brüssel geschickt, es befasst sich mit Grundsatzfragen und hat mittlerweile die Regierungen von Belgien, Finnland und Schweden in die Partnerschaftsarbeit einbezogen.

## **Gesundheitsdaten und -information**

70. Die statistische GFA-Datenbank sowie die programmspezifischen Datenbanken in den Bereichen Infektionskrankheiten, Tabak und Alkohol bilden ein integriertes Datenbanksystem. Die GFA-Datenbank dient zudem als Quelle für Hintergrundinformationen und andere Informationsprodukte wie die Reihe Gesundheitssysteme im Wandel (HiTs) des Observatoriums, die vergleichende Untersuchungen über die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten umfasst, und die „Highlights on Health“, die einen Überblick über wichtige nationale Sterblichkeits- und Morbiditätstrends vermitteln. Ende 2001 waren für 43 Länder der Region „Highlights on Health“ erstellt worden. Im Jahr 2002 wurden sie durch einen Überblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den mittel- und osteuropäischen EU-Beitrittsländern ergänzt. Im Laufe des Berichtszeitraums führte eine Überprüfung des Prozesses dazu, dass die für 2004 geplanten sechzehn Berichte (über 15 EU-Länder und Israel) inhaltlich und von der Form her umgestaltet wurden. Die „Highlights“ sind über die Homepage des WHO-Regionalbüros zugänglich und werden häufig von externen Nutzern zu Rate gezogen (im Jahr 2003 wurden sie etwa 100 000 Mal herunter geladen).

71. Ein Beispiel der Arbeit in den Ländern ist das Projekt zur Beurteilung nationaler Gesundheitsinformationssysteme, das zurzeit in fünf Mitgliedstaaten läuft und demnächst auf sieben weitere ausgedehnt wird. Das Projekt soll die Qualität und Relevanz der auf nationaler Ebene für die Entscheidungsfindung produzierten Daten und Informationen verbessern. Die Erstellung einer zusammenfassenden Statistik aus dem ersten nationalen Gesundheitsinterviewsurvey für Malta zeigt beispielhaft, welche Vermittlerrolle das Regionalbüro übernehmen kann, wenn ein Land im Bereich der Gesundheitsinformation neue Wege beschreitet, nämlich durch die Heranziehung inhaltlicher Unterstützung aus verschiedenen Ländern, vor allem aus Dänemark und dem Vereinigten Königreich. Durch eine Pilotstudie in Rumänien wurden

Instrumente und Verfahren für die Kartierung von Gesundheitsinformationsquellen entwickelt und in allen Mitgliedstaaten eingesetzt.

72. Im Rahmen des Projekts für die Durchführung gemeinsamer Gesundheitsinterviewsurveys in der Europäischen Region (EUROHIS), eines Gemeinschaftsprojekts des Regionalbüros und des Programms für Biomedizin und Gesundheitsforschung der Europäischen Kommission (BIOMED2) wurden allgemein anwendbare Instrumente für die Durchführung von Gesundheitsinterviewsurveys auf Bevölkerungsebene entwickelt und in Ländern getestet. Der Abschlussbericht wurde im März 2002 vorgelegt. Im Jahr 2003 wurden die Erfahrungen und wichtigsten Ergebnisse des Projekts veröffentlicht und auf der Homepage des WHO-Regionalbüros für Europa ins Web gestellt. Mehrere Mitgliedstaaten der Europäischen Region arbeiten bereits mit den empfohlenen Instrumenten, andere sind dabei, sie in ihre nationalen Erhebungen zu übernehmen.

73. In dem 2002 erstellten *Europäischen Gesundheitsbericht* wurden die wichtigsten Elemente der von der WHO geförderten Gesundheitsinformation dargelegt. Künftige Berichte werden weiterhin die engen Zusammenhänge verdeutlichen zwischen den im Bereich der Gesundheitsinformation angesiedelten Aufgaben des Regionalbüros, nämlich die Gesundheit der Bevölkerung in einzelnen Regionen darzustellen und Entscheidungsträgern eine Interpretation dieser Informationen zu liefern. Diese Bemühungen erfolgen in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro. *Der Europäische Gesundheitsbericht* arbeitet mit den gleichen Indikatoren und Daten aus dem Weltgesundheitsurvey wie der *Weltgesundheitsbericht*, hebt jedoch die Charakteristika der Region hervor. Die vom Hauptbüro zur Beurteilung der Krankheitslast benutzten Schätzwerte der Bevölkerungsgesundheit fließen in alle Informationsprodukte des Regionalbüros ein.

## Weiterentwicklung der wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenz und des Managementkönnens

74. Die wissenschaftliche und fachliche Kompetenz und das Managementkönnen müssen sowohl in den Ländern wie im WHO-Sekretariat unbedingt weiterentwickelt und gepflegt werden, wenn sichergestellt werden soll, dass die Bevölkerung in der Europäischen Region von Qualitätsdiensten profitieren kann, die ihren Bedürfnissen entsprechen und nach besten Erkenntnissen gemanagt werden.

### Beitrag zur Kompetenzerhaltung in den Ländern

75. Das beste gesundheitliche Wissen und die Fähigkeit, es weiter zu verbessern, liegen bei den Mitgliedstaaten und jedes Land hat die Aufgabe, im Gesundheitsbereich für hochqualifizierte Arbeitskräfte zu sorgen. Die WHO macht umfassenden Gebrauch von dieser nationalen Sachkenntnis, und zwar durch ihre vernetzte Zusammenarbeit mit Kooperationszentren, Experten und Ansprechpartnern für bestimmte Fachprogramme und durch die Abstellung von Mitarbeitern. Das Regionalbüro trägt durch eine Reihe von Aktivitäten auf regionaler Ebene und in den Ländern zu den Bemühungen der Mitgliedstaaten um fachliche Qualifizierung bei. Für den von der WHO durch Fortbildungsangebote zur Weiterentwicklung der personellen Ressourcen und durch Stipendien geleisteten direkten Beitrag lassen sich zahlreiche Beispiele anführen. Hinzu kommt, dass die meisten thematischen Aktivitäten, die in den Ländern laufen, auch ein die fachliche Qualifizierung berücksichtigendes Element beinhalten.

76. Wissenschaftliche und fachspezifische Konferenzen und Foren, regionale Workshops und Fortbildungsprogramme, von der WHO unterstützte nationale Schulungskurse, die Veröffentlichung von Fachhandbüchern, Leitlinien, Fallstudien und Lehr- bzw. Lernmaterial sowie der durch die WHO ermöglichte Zugang zu Datenbanken und Evidenznetzwerken tragen alle dazu bei, das Wissen in den Ländern zu verbessern. Diese Bemühungen müssen jedoch gestrafft und koordiniert werden und die Region braucht eine klare und koordinierte Strategie, die den Ländern helfen kann, ihre Kompetenz im Gesundheitsbereich auszubauen, zu aktualisieren und zu erhalten.

## **Entwicklung und Fortbildung der Mitarbeiter im WHO-Regionalbüro für Europa**

77. Gemäß des Konzepts für die Entwicklung und Fortbildung der Mitarbeiter im Regionalbüro sollte „die WHO imstande sein, auf regionale wie globale Prozesse zu reagieren, indem sie strategisches Denken, produktive vernetzte Zusammenarbeit, hohe Fachkompetenz, Innovation, Transparenz und Partnerschaften fördert. Diese neue Schwerpunktsetzung fordert von der WHO, dass sie neue Prozesse und neue Arbeitsweisen entwickelt, die ihre Effektivität und Effizienz verbessern.“ Wenn das Regionalbüro seinen Status als globale Kapazität in gesundheitlichen Angelegenheiten behalten will, muss es sicherstellen, dass seine Mitarbeiter in ihrem Fachwissen und ihrer wissenschaftlichen Kompetenz jederzeit mit der Entwicklung Schritt halten. Dieses Ziel lässt sich durch ein Maßnahmenpaket erreichen, das es den Mitarbeitern ermöglicht, ihr zur Erreichung der strategischen Ziele der Organisation erforderliches Wissen und Können auf dem neuesten Stand zu halten und weiterzuentwickeln.

78. Im Haushaltszeitraum 2002–2003 bot das Regionalbüro eine breite und innovative Palette von Lernmöglichkeiten an, die erstmals offiziell mit den Arbeitszielen des Managementsystems zur jährlichen Beurteilung der Leistung und Entwicklung der einzelnen Mitarbeiter (PMDS) verknüpft wurde. Diese Verknüpfung galt als klare Priorität für die Region, die innerhalb der WHO im Jahr 2003 mit über 90% die höchste PMDS-Durchführungsrate erzielte. Zu Beginn des Haushaltszeitraums 2004–2005 beschloss das Regionalbüro, diese Erfahrung zu nutzen und die Prinzipien in ein neues Konzept für die Erhaltung der Fachkompetenz seiner Mitarbeiter umzumünzen.

79. Die Erhaltung und Weiterentwicklung der Fachkompetenz der Mitarbeiter ist abhängig von einer Kombination interner und externer Aktivitäten, die anhand von Faktoren wie der globalen und regionalen Prioritäten der WHO, der gegenwärtigen und künftigen Aufgaben der jeweiligen Mitarbeiter, der Anzahl möglicher Teilnehmer und der Kostenwirksamkeit des möglichen Angebots im Vergleich zu anderen verfügbaren Methoden ausgewählt werden.

### ***Interne Instrumente bzw. Aktivitäten***

80. Bei den internen Aktivitäten, die der Erhaltung und Weiterentwicklung der Fachkompetenz dienen, handelt es sich um offizielle Angebote, die normalerweise in den Räumlichkeiten des WHO-Regionalbüros angesiedelt sind sowie interne und bzw. oder externe Beiträge erforderlich machen, z. B. Ausbilder, Arbeitsmaterialien, Netzwerke und andere Wissensquellen. Wissen wird gemeinsam genutzt durch die vernetzte Zusammenarbeit in Foren wie dem WOW-Ausschuss („Way of working“) und ähnlichen Gruppierungen (beispielsweise in monatlichen Arbeitsmittagessen) und durch die Einladung von Gästen, die Fachreferate halten, die Diskussion anregen und Informationen weitergeben (im Berichtszeitraum nahmen die Mitarbeiter an elf Diskussionsrunden zu Themen wie Gesundheitssysteme in Dänemark, Deutschland und Lettland, Gesundheit und Menschenrechte, Evidenz für Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement teil). Außerdem ist die Veröffentlichung von Fachaufsätzen wichtig für die Erhaltung der wissenschaftlichen Qualifikation der Mitarbeiter und bietet ihnen zugleich Gelegenheit, sich Gedanken über neue gesundheitliche Probleme zu machen. Von den leitenden Mitarbeitern wird erwartet, dass sie aktiv zu fundierten Veröffentlichung beitragen.

### ***Externe Lernmöglichkeiten***

81. Um mit neuen Techniken, Erkenntnissen und Entwicklungen in für das Mandat der WHO relevanten Bereichen Schritt halten zu können, wird von den Mitarbeitern erwartet, dass sie neues Wissen einbringen. Dabei wird an folgende Möglichkeiten gedacht: Mitarbeiter, die Mitglied von anerkannten Fachorganisationen sind, sollten Gelegenheit haben, an den Jahrestagungen ihrer Verbände teilzunehmen und so ihr Fachwissen zu aktualisieren. Die Teilnahme an ausgewählten Konferenzen zu für die WHO interessanten Themengebieten sollte gefördert werden und nach einer Reihe von Dienstjahren sollten leitende Fach- und Managementmitarbeiter und Berater auf ihrem Fachgebiet an intensiven Auffrischkursen oder Seminaren teilnehmen können.

82. Auf die Dauer gesehen könnte das Regionalbüro leitenden Mitarbeitern helfen, sich durch die Arbeit in anderen Organisationen oder mit Partnern der WHO bzw. durch entsprechende Beiträge zu deren

Tätigkeit weiterzubilden oder ihre Sachkenntnis zu vervollkommen. Überlegt wird auch, die individuelle, nicht unbedingt für das derzeitige Aufgabengebiet der Mitarbeiter relevante Weiterbildung zu unterstützen, die aber für den künftigen Bedarf der Organisation oder die weitere Entwicklung der Mitarbeiter wichtig sein könnte.

### **Finanzierung**

83. Die für die Entwicklung und Fortbildung der Mitarbeiter bereitgestellten Haushaltsmittel sind in erster Linie für allgemeine, in Gruppen angebotene Aktivitäten im Rahmen des regionalen Fortbildungsangebots vorgesehen. Die für die Erhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikation von Mitarbeitern geplanten Aktivitäten müssen mit dem Referat für Mitarbeiterentwicklung und -fortbildung abgesprochen und aus dem Etat der jeweiligen Fachabteilung bezahlt werden. Schätzungsweise 2,5% der für die Mitarbeiter zur Verfügung stehenden Mittel einer Abteilung sollten Aktivitäten vorbehalten sein, die der Erhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter dienen. Darüber hinaus plant das Regionalbüro, für seine Mitarbeiter gegebenenfalls die neuen globalen Lernangebote der WHO zu nutzen.

### **Verbesserung von Kommunikation und Profilierung**

84. Zu den wichtigsten Dingen, die das Regionalbüro für Europa zu bieten hat, zählen Spitzenqualität, aktuelle Informationen und für gesundheitliche Entscheidungsträger und Fachkräfte relevante Evidenz, die sich auch für die Allgemeinheit brauchbar vermitteln lässt. Deshalb müssen Informationsprodukte und WHO-Botschaften an das Zielpublikum und die Partner des Regionalbüros rechtzeitig und durch die dafür am geeignetsten Kanäle und mit den richtigen Kommunikationswerkzeugen weitergegeben und vermittelt werden.

85. Für die Informationsprodukte und Informationsdienste des WHO-Regionalbüros für Europa, d. h. für seine Veröffentlichungen, die Homepage des Regionalbüros und die externe Kommunikation, wurden konkrete Konzepte und Strategien aufgestellt. Das Regionalbüro hat mittlerweile den Schritt in den zweiten Haushalt mit einem klaren Plan für seine Veröffentlichungen getan. Wenn das Regionalbüro seinem Zielpublikum in den Mitgliedstaaten konsequente Botschaften vermitteln will, muss es seine übergeordneten Prioritäten klären und seine Publikationspolitik danach ausrichten. Deshalb wurden von den aus dem gesamten Regionalbüro eingegangenen Vorschlägen zwölf Informationsprodukte (Bücher, Webmaterial und Datenbanken) ausgewählt, die die vorrangigen Vorhaben der Organisation während dieses Haushaltszeitraums widerspiegeln. Sie bilden den Kern der Arbeit des Publikationsprogramms. Die meisten der für die Organisation absolut vorrangigen Informationsprodukte werden in eine oder mehrere Arbeitssprachen des Regionalbüros übersetzt.

86. Im Januar 2002 wurde eine neu strukturierte Homepage lanciert. Sie enthält für ein breites Publikum interessante Informationen in den vier Arbeitssprachen des Regionalbüros. Die Datenbank Gesundheit für alle liegt auf Englisch und Russisch vor, 2004–2005 sollen die deutsche und französische Ausgabe dazukommen. Darüber hinaus bietet die Homepage inzwischen Zugang zu etwa 60 themenspezifischen Sites. Die Zahl der Besucher wächst ständig. Ende 2002 waren es etwa 80 000 pro Monat. Ende 2003 war die Anzahl auf monatlich etwa 130 000 hochgeschnellt. Am häufigsten herunter geladen wurden *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002* und *Die Fakten* sowie die aktualisierten *Air quality guidelines for Europe*. Kommerzielle Verlage haben darum gebeten, mehrere vorrangige Produkte in andere als die Arbeitssprachen des Regionalbüros übersetzen zu dürfen, ein sicheres Zeichen dafür, dass die Veröffentlichungen nützlich sind und das Web ein sinnvolles Verbreitungsmedium darstellt.

87. Das Regionalbüro hat im Berichtszeitraum den Bedürfnissen des Zielpublikums in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO entsprechende Kerninformationsprodukte (absolut vorrangige Informationsprodukte der Organisation) ermittelt, produziert und verbreitet. Die Kapazität für Übersetzungen von WHO-Dokumentation ins Russische war für die Anforderungen der Russischen Föderation und der neuen unabhängigen Staaten (NUS) nicht ausreichend. Das Regionalbüro verfolgte mehrere

Optionen in dem Versuch, in den russischsprachigen Ländern mehr russische Übersetzungen von WHO-Dokumentation zugänglich zu machen (von hausinternen Übersetzungen bis zu Ko-Veröffentlichungen mit russischen Verlegern), alle nur mit begrenztem Erfolg.

88. Außer auf elektronischem Weg und durch den herkömmlichen Versand von gedruckten Fassungen erreichen die Informationsprodukte des WHO-Regionalbüros für Europa die Öffentlichkeit auch, weil sie im europäischen Teil der globalen bibliographischen Datenbank der WHO (WHOLIS) katalogisiert werden. Alle zum Verkauf bestimmten Veröffentlichungen können in den Katalogen auf der Homepage des Regionalbüros und des Hauptbüros eingesehen oder auch auf diesem Weg bestellt werden. Im Jahr 2003 erschien der erste umfassende *Information products catalogue* des Regionalbüros (als Printfassung und auf CD-ROM), was ebenfalls dazu beigetragen hat, den Produkten des Regionalbüros ein deutlicheres Profil zu verleihen und ihre Verbreitung zu verbessern. Weitere Angaben zu allen Informationsprodukten des WHO-Regionalbüros für Europa finden Sie auf der Homepage des Regionalbüros <http://www.euro.who.int>. Der Produktkatalog<sup>1</sup> ist auf Anfrage ebenfalls erhältlich.

89. Das Regionalbüro ist sich darüber im Klaren, dass es seine Fähigkeit, die Medien wachzurütteln und mit ihnen zusammenzuarbeiten, verbessern muss. Während des Berichtszeitraums bemühte man sich um informatives Pressematerial, die Medienvertreter wurden in unterschiedlichen Foren zum Gespräch und Meinungsaustausch eingeladen und auf wichtige Veranstaltungen wie die Ministerielle Konferenz für ein Tabakfreies Europa, Gedenktage wie den Weltgesundheitstag, den Weltnichtrauchertag, den Welttuberkulosestag und den Welt-Aids-Tag sowie auf weltweite Kampagnen gegen Gewalt, für die Eradizierung der Poliomyelitis und auf die Initiative Roll Back Malaria aufmerksam gemacht.

90. Die Verbesserung der Kommunikationsinfrastruktur und der Kommunikationsprozesse muss weiterhin ein wichtiges Anliegen des Regionalbüros sein. Wenn das Regionalbüro besser imstande sein soll, die Aktivitäten und Produkte der WHO besser bekannt zu machen, bedarf es zusätzlicher Anstrengungen.

## Verbesserung der Verwaltungs- und Managementprozesse

91. Eine Reihe von durchgeführten Reformmaßnahmen dienen der weiteren Verbesserung der Managementprozesse im Regionalbüro, sollten die Arbeit des Regionalbüros enger mit der als vorrangig betrachteten Länderarbeit verzahnen und ein flexibleres Eingehen auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten ermöglichen. Die Vorgaben lauteten: das Regionalbüro mit verbesserten Arbeitsmethoden auszustatten, damit die Mitarbeiter mehr Zeit für die direkte Programmarbeit aufbringen würden, eine erweiterte, systematischere, logische und effiziente Delegation von Weisungsbefugnissen zu ermöglichen und die Berichterstattungssysteme zu verbessern.

## Planung, Begleitung und Evaluierung der Programme

92. Erstmals ging das Regionalbüro an die Planung seiner Programme ergebnisorientiert heran. Anders als bei der herkömmlichen, an den Ressourcen orientierten Haushaltsplanung, die in erster Linie nach den vorhandenen Ressourcen fragt, liegt der Schwerpunkt der ergebnisorientierten Budgetierung auf den inhaltlichen Anforderungen und auf der Abschätzung der dafür erforderlichen Ressourcen. Die grundlegende Planungsphilosophie hat sich somit in der WHO insgesamt geändert. Im Regionalbüro für Europa änderte sich auch der Ausgangspunkt, da die Programmbudgetierung für 2004–2005 von Anbeginn an fest im Bedarf der Länder verankert war. Der Planungsprozess gründet sich jetzt auf die aktive und wiederholte Konsultation der Mitgliedstaaten, die in die Unterzeichnung von bilateralen Kooperationsvereinbarungen (BCAs) mündet. Mit den BCAs legt sich das Regionalbüro für zwei Jahre fest und lässt die Länder wissen, was sie in diesem Zeitraum von ihm erwarten können. Die Darlegung konkreter Resultate ist auch für das Mehrländerprogramm wesentlich. Durch diesen Prozess vermittelt die Planung für den Zeitraum 2004–2005 ein Gesamtbild der zu liefernden Produkte, der durchzuführenden Maßnahmen und der für diesen Zweck benötigten Ressourcen. Dieser Planungsprozess gibt dem

---

<sup>1</sup> *Information products catalogue 2001–Spring 2003*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.

und der für diesen Zweck benötigten Ressourcen. Dieser Planungsprozess gibt dem Regionalbüro eine genauere Vorstellung davon, wie viel Mittel es für welchen Verwendungszweck beschaffen und in welche Richtung es deshalb seine Bemühungen um die Beschaffung von Ressourcen konzentrieren muss.

93. Das Aktivitätsmanagementsystem (AMS) ist das Instrument, mit dem alle diese Informationen zusammengefasst werden. Die Berichterstattung konnte verbessert werden, weil sie sich auf die konkreten Bedürfnisse der Nutzer stützte. Mehrere Teile des AMS sind mittlerweile im Web angesiedelt, was den Länderbüros den Zugriff auf Informationen erleichtert.

94. Im Rahmen des globalen WHO-Evaluierungskonzepts führte das WHO-Regionalbüro für Europa seine regionale Evaluierung für den Zeitraum 2002–2003 im Bereich psychische Gesundheit durch. Beabsichtigt war eine Beurteilung des im Programm Psychische Gesundheit seit 2001 Geleisteten, wobei besonders darauf geachtet wurde, inwieweit dieses Programm des Regionalbüros seine Dienste den Bedürfnissen der Länder angepasst hatte, ob es den Wissensfundus und die Evidenz auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit bereichert und solide Grundsatzleitlinien produziert hatte.

### **Überprüfung von Verwaltungsprozessen**

95. Im Jahr 2003 leitete das Regionalbüro eine partizipative und systematische Überprüfung seiner Arbeitsprozesse ein. Durch den Dialog mit Arbeitsteams wird jetzt mehr Wert auf eine gemeinsame Problemlösung gelegt. Erfolgreich umgestaltet wurden die Bearbeitung von Reiseabrechnungen, die Verfahren für die Rekrutierung von Kurzzeitmitarbeitern, Zahlungen, Transferzahlungen des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) und Bestellungen.

96. Die Liste der Zeichnungsberechtigten wurde abgeändert, um den Geschäftsgang von überflüssigen Zwischenschritten zu entlasten, die Abwicklung des Geschäftsgangs möglichst weitgehend zu beschleunigen, die in Außenstellen tätigen Manager besser für die Leitung ihrer Projekte bzw. Aktivitäten zu rüsten und einfache, doch effiziente Aufsichts- und fachliche Unterstützungsmaßnahmen vonseiten des Regionalbüros einzuführen. Die betreffenden Manager werden intensiv geschult. Soweit sinnvoll, werden Außenstellen zusammengelegt bzw. gestärkt. Die Weisungsebenen wurden insbesondere für in den Außenstellen tätige Manager vereinheitlicht und die Weisungsbefugnisse werden allmählich der verbesserten Kompetenz der Mitarbeiter und den verbesserten Aufsichtsmechanismen im Management des Regionalbüros angepasst. Zurzeit laufen Gespräche, die eine völlige Integration aller Projekte und Projektbüros, der Verbindungsbüros in den Ländern und der Büros von WHO-Sonderbeauftragten in einer einzigen, homogenen Leitungsstruktur vorsehen. Alle Länderbüros des WHO-Regionalbüros für Europa und Büros von WHO-Sonderbeauftragten haben praktische Arbeitspläne sowie die Weisungsbefugnis und die Schulung erhalten, die es ihnen ermöglichen, die direkte Verantwortung für die tägliche Leitung zu übernehmen. Die Budgets fallen jetzt in den Verantwortungsbereich der Leiter dieser Büros, die täglich mit den relevanten Referaten der Abteilung Verwaltung und Finanzen in Kontakt sind.

97. Das Jahr 2003 war für die Aktualisierung der Managementsysteme des Regionalbüros ein wichtiges Jahr. In einem ersten Schritt mussten die physischen und elektronischen Datenmanagementeinrichtungen aufgeräumt werden. Erhebliche Anstrengungen galten den Archiven, der Inventarbestandsaufnahme und der Ressourcenbeschaffung. Mit der Entwicklung eines globalen Konzepts für die Verbesserung der WHO-Managementsysteme beteiligte sich das Regionalbüro als aktiver Mitspieler an einer Reihe von Reformarbeitsgruppen leitender Mitarbeiter, vor allem in den Bereichen Humanressourcen, Beschaffung, Profil und Arbeitsaufgaben der WHO-Sonderbeauftragten und globale Managementsysteme. Das Regionalbüro hat auch ein elektronisches Rekrutierungssystem (E Recruitment) und inzwischen außerdem ein elektronisches Beschaffungssystem (E Procurement) eingeführt.

### **Verbessertes Arbeitsumfeld**

98. Das Regionalbüro begann mit der Überprüfung der für die Rekrutierung von Mitarbeitern geltenden Arbeitsprozesse und machte sich an die Erörterung der Möglichkeiten einer drastischen

Vereinfachung seiner Leitlinien für die Bewerberauswahl. Ein neues Konzept für die Erhaltung der Fachkompetenz der Mitarbeiter wurde freigegeben. Außerdem hat das Regionalbüro in Erwartung eines globalen WHO-Rotations- und Mobilitätsplans bereits eine Reihe kurzfristiger Stellenumbesetzungen z. B. zwischen seinen Büros in Venedig, Kopenhagen und Moskau und innerhalb des Regionalbüros in Kopenhagen vorgenommen. Dies führte zu einem erheblich verbesserten Wissensaustausch und verbesserte auch die Kommunikation zwischen Referaten und Büros.

99. Bei der Vertragsreform verfolgt das Regionalbüro das Ziel, sich in der Anzahl der langfristig mit Kurzzeitverträgen beschäftigten Mitarbeiter dem weltweiten WHO-Durchschnitt anzugleichen und es gleichzeitig zu vermeiden, im Jahr 2006 (wenn die WHO-Frist für die langfristige Beschäftigung von Mitarbeitern mit Kurzzeitverträgen (LTST) endgültig in Kraft tritt) überdurchschnittlich viele Mitarbeiter abgeben zu müssen. Eine Reihe von intensiven Gesprächen mit dem WHO-Hauptbüro, mit der Personalvereinigung der Europäischen Region der WHO (EURSA) und innerhalb des Regionalbüros trug zur Klärung des langfristigen Personalbedarfs bei. Mit einer die Situation genau erfassenden finanziellen Machbarkeitsstudie wurde ermittelt, in welchen Bereichen vorrangig vertragliche Regulierungen stattfinden sollten. Der abschließende Schritt des Prozesses ist die Umwandlung vorrangiger Posten in Planstellen (soweit die Finanzierung gesichert ist) und nach Möglichkeit die Versetzung anderer qualifizierter LTST-Mitarbeiter in frei werdende Stellen.

100. Zurzeit laufen Verhandlungen, um durch die Ratifizierung von grundlegenden Vereinbarungen und Übereinkommen über die Immunitäten und Privilegien die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern, unter denen die WHO-Mitarbeiter in Ländern der Europäischen Region tätig sind, und den rechtlichen Status der WHO in den Ländern einheitlich zu regeln.

101. Das Regionalbüro ist dabei, seine Außenstellen wesentlich aufzuwerten, und zwar durch Verbesserung der Räumlichkeiten, der Einrichtung sowie der Standort- und Vertragsbedingungen der dort beschäftigten Mitarbeiter. Alle Länderreferentenstellen wurden im letzten Jahr vereinheitlicht, während zurzeit weitere 26 Stellen für Verwaltungsassistenten besetzt werden. Ende des letzten Jahres wurden zusätzlich 150 000 US-\$ in die Verbesserung von fünf Außenstellen investiert und das Regionalbüro plant, in diesem Haushaltszeitraum jährlich weitere 200 000 US-\$ auszugeben, um die Arbeit in diese Richtung fortzusetzen. Das Ziel ist es, allen Außenmitarbeitern des Regionalbüros die gleichen modernen und effizienten Infrastrukturbedingungen zu bieten. Eine Reihe von Außenstellen wurden entweder zusammengelegt oder (im Rahmen des Konzepts, die Organisationen der Vereinten Nationen in einem gemeinsamen Haus anzusiedeln bzw. als „Familie“ zu betrachten) in Einrichtungen der Vereinten Nationen untergebracht.

102. Angesichts der zunehmenden Angriffe auf humanitäre Hilfsorganisationen und Organisationen der Vereinten Nationen hat sich das Regionalbüro entschlossen bemüht, die passiven und aktiven Sicherheitsvorkehrungen in allen seinen Büros zu verbessern. Erhebliche Summen wurden investiert, um die wichtigsten Außenstellen mit den richtigen Schutzeinrichtungen zu versehen, d. h. Kameras, Zäunen, Gebäudeverstärkungen, explosionsresistenten Schutzfolien für Türen und Fenster usw. In Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro hat sich das Regionalbüro in einer umfassenden Schulungsmaßnahme bemüht, das Sicherheitsbewusstsein und das einschlägige Wissen aller Mitarbeiter zu verbessern. Im Verlauf dieses Prozesses hat das Regionalbüro mit dem Hauptbüro ausgehandelt, dass das Hauptbüro die Sicherheits- und Schutzmaßnahmen für die Außenmitarbeiter zusätzlich unterstützt.

103. Innerhalb der WHO hat das Regionalbüro als erstes Büro der WHO seine Arbeitsprozesse bzw. -methoden im Rahmen von Arbeitsgruppen überprüfen lassen. Es war auch führend bei der Schaffung von Arbeitsgemeinschaften, die es den Mitarbeitern erleichtern sollen, sich gemeinsam mit für die Organisation interessanten Angelegenheiten zu befassen. Zu diesem Zweck wurde ein aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen bestehendes Team gebildet, der so genannte „Way of Working“-Ausschuss, der in den Fachreferaten die gemeinschaftliche Problemlösung erleichtern soll. Das gleiche Denken hat das Regionalbüro veranlasst, die allgemeinen und abteilungsbezogenen Mitarbeiterversammlungen systematisch für übergeordnete Managementmitteilungen hinsichtlich der Programmprioritäten, der Finanzierungslücken, der Personalausstattung usw. zu nutzen. Weitere Möglichkeiten des Informationsaustauschs, z. B. durch interne Newsletters wie „The Bridge“ und das Intranet (das bald auch

Länder-Websites, Mitarbeiter-Homepages usw. umfassen soll) wurden entweder eingeführt oder verbessert. Dieses hohe Maß an Transparenz ermöglicht eine stärkere Mitsprache der Mitarbeiter, die Einbringung von Vorschlägen und die verantwortliche Teilhabe an Programmen und Erfolgen des WHO-Regionalbüros für Europa.

## Ausgewählte Arbeitsbereiche im Brennpunkt

104. Wie in der Einleitung erwähnt, sollen die Aktivitäten und das von den Fachprogrammen des Regionalbüros während des Berichtszeitraums Erreichte nicht ausführlich dargelegt werden. Diese Angaben sind auf Anfrage beim Sekretariat erhältlich. Stattdessen werden hier einige Themenbereiche hervorgehoben. Der Auswahl lagen drei Hauptkriterien zugrunde: Die Thematik wurde vom Regionalkomitee erörtert, das in den meisten Fällen dazu eine Resolution verabschiedet hat, die Thematik entspricht einem vorrangigen Arbeitsbereich der WHO auf globaler Ebene oder die Thematik war Gegenstand einer größeren Konferenz und bzw. oder wurde in einem Aktionsplan aufgegriffen.

### Übertragbare Krankheiten

105. Im Jahr 2002 verabschiedete das Regionalkomitee eine Resolution zum Thema **HIV/Aids**, die danach die Programmgrundlage der vom Regionalbüro in diesem Bereich geleisteten Arbeit bildete. Die Resolution war zudem die Grundlage für Empfehlungen an die Mitgliedstaaten und für von den Mitgliedstaaten bei anderen Gelegenheiten eingegangene Verpflichtungen, beispielsweise bei der Ministeriellen Konferenz über HIV/Aids in Europa, die im Februar 2004 in Dublin stattfand. Die in der Resolution ausdrücklich aufgelisteten Maßnahmen und Grundsätze gaben zudem die politische Basis für HIV/Aids-Maßnahmen in Europa ab, die auch über die WHO hinausreichten. Das strategische europäische Rahmenkonzept für die Beseitigung von HIV/Aids bei Säuglingen und Kindern wurde in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und anderen Partnern aufgestellt. Diese Strategie war für die von den Mitgliedstaaten bei der erwähnten Ministeriellen Konferenz eingegangenen Verpflichtungen bestimmend.

106. Auf seiner 52. Tagung erkannte das Regionalkomitee, dass die **Tuberkulose** in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern sowie in der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) außer Kontrolle geraten ist. Es erkannte auch, dass die untersuchten Länder der Europäischen Region die weltweit höchste Rate der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose haben und die Ziffer für die meisten GUS-Länder unbekannt ist. Darüber hinaus verabschiedete das Regionalkomitee eine Resolution zur „Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO“. Mit dieser Resolution wurde auch der „DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006“ gebilligt. Mit diesem Plan wird bezweckt, die DOTS-Erweiterung in der Region zu beschleunigen, um die globalen Ziele zu erreichen. Im Zeitraum 2002–2003 lief die DOTS-Umsetzung in sieben weiteren Ländern an, so dass mittlerweile 42 Länder damit arbeiten. Durchschnittlich werden zurzeit 40% der Bevölkerung der Region mit auf dieser Strategie basierenden Diensten versorgt. Fünfzehn Länder haben einen Fünfjahresplan für die DOTS-Erweiterung aufgestellt, 24 Länder haben landesweite Koordinationsmechanismen geschaffen.

107. Das Regionalkomitee verabschiedete im Jahr 2002 auch eine Resolution, mit der der Regionaldirektor ersucht wurde sicherzustellen, dass die Bekämpfung und Verhütung der **Malaria** auf der Gesundheitsagenda der Europäischen Region ihren hohen Stellenwert behält, und geeignete Strategien und fachliche Beratung für die Bemühungen im Rahmen der Initiative Roll Back Malaria zu fördern. Die von den Partnern der Initiative Roll Back Malaria in den betroffenen zentralasiatischen Ländern eingeführten Maßnahmen wurden intensiviert. Ein Projekt mit dem Titel „Roll Back Malaria in Zentralasien“ konnte die finanzielle Unterstützung von USAIDS gewinnen.

108. Der größte Erfolg auf dem Gebiet der **durch Impfung verhütbaren Krankheiten und der Immunisierung** war die Tatsache, dass die Europäische Region im Jahr 2002 als poliofrei erklärt werden konnte. Dies war das Ergebnis einer vom Regionalbüro koordinierten massiven Kampagne zur

Eradizierung der Poliomyelitis, die in der gesamten Region lief und auch Kriegszonen und Minderheiten erfasste, bis die (Anfang der 90er Jahre von den Mitgliedstaaten gemeldeten) 200 jährlichen Poliofälle im Jahr 1999 auf Null heruntergebracht waren. Die Delegierten der 56. Weltgesundheitsversammlung verabschiedeten (im Mai 2003) eine Resolution zur Reduzierung der weltweiten Masernsterblichkeit. Der Strategieplan der Europäischen Region für die Beseitigung der Masern und die Verhütung der angeborenen Rötelninfektion kam ebenfalls 2003, begleitet von einem praktischen Leitfaden für die Planung und Umsetzung von ergänzenden Immunisierungsmaßnahmen und Surveillancelinien. Das Regionalbüro unterstützt alle Mitgliedstaaten bei der Aufstellung und Umsetzung ihrer einzelstaatlichen Pläne für die Eliminierung der Masern bis zum Jahr 2010. Durch das Globale Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) konnten elf Länder der Europäischen Region neue und bisher nicht genügend genutzte Antigene z. B. für Hepatitis B und Haemophilus influenza vom Typ b einführen und außerdem die Immunisierungsaspekte ihrer nationalen Programme stärken. Im Jahr 2003 hatten 41 Länder der Europäischen Region den umfassenden Hepatitis B-Schutz in ihre Immunisierungsprogramme aufgenommen.

### Nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit

109. Am 18. und 19. Februar 2002 fand in Warschau die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für ein **Tabakfreies Europa** statt. Die Konferenz markierte die zunehmende politische Bereitschaft der Mitgliedstaaten, sich verpflichtend gegen die Tabakepidemie in der Region und der ganzen Welt zu wenden. Die Erklärung von Warschau liefert die politischen Leitlinien für Anti-Tabak-Strategien in der Region. Im Jahr 2002 verabschiedete das Regionalkomitee für Europa die Europäische Strategie für Anti-Tabak-Maßnahmen (ESTC), das regionale Rahmenkonzept, das sich an die drei aufeinander folgenden, den Zeitraum 1987–2001 umfassenden Aktionspläne anschloss. In der ESTC wird die regionale strategische Ausrichtung der Maßnahmen dargelegt, die durch die Politik und Gesetzgebung der Länder und durch internationale Zusammenarbeit umgesetzt werden müssen. Neun Mitgliedstaaten stellten mit inhaltlicher Unterstützung des Regionalbüros für Europa ihre sich auf die ESTC gründenden nationalen Aktionspläne fertig, weitere fünf Länder werden dies voraussichtlich 2004 tun. Bei zwei Treffen der nationalen Ansprechpartner wurde 2002 der ESTC-Entwurf und 2003 der Stand der Umsetzung der Strategie besprochen. Das erste der in der europäischen Strategie vorgesehenen themenspezifischen Grundsatzpapiere, nämlich zur Thematik Raucherentwöhnung, wurde 2003 erarbeitet und veröffentlicht. In Übereinstimmung mit der ESTC und der Resolution des Regionalkomitees baute das Regionalbüro auch eine umfassende, Angaben aus 49 Mitgliedstaaten beinhaltende Datenbank für Anti-Tabak-Maßnahmen auf, die ein Hilfsmittel für die Begleitüberwachung der Raucherprävalenz, der tabakbedingten Schäden und der von den Ländern der Region verfolgten Politik darstellt.

110. Durch das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) konnte die Koordination unter den Mitgliedstaaten erheblich verbessert werden. Funktion und Beitrag des Regionalbüros wurden sehr viel deutlicher und fanden allgemeine Anerkennung. Auf Ersuchen der Länder veranstaltete das Regionalbüro während des Verhandlungsprozesses teilregionale Koordinationstagungen für die GUS und für die baltischen und südosteuropäischen Länder sowie der Bewusstseinsbildung dienende Treffen, um die Unterzeichnung und Ratifizierung des Übereinkommens voranzubringen (am bedeutendsten war die im Dezember 2003 in Bischkek abgehaltene hochrangige Konsultationstagung für die zentralasiatischen Republiken). Am Ende des Haushaltszeitraums hatten 26 Länder der Europäischen Region und die Europäische Union das FCTC unterzeichnet, zwei von ihnen, nämlich Malta und Norwegen, hatten es auch ratifiziert.

111. **Psychische Gesundheit** war eines der Hauptthemen der Regionalkomiteetagung des Jahres 2003 in Wien, bei der in einer Resolution darum gebeten wurde, im Jahr 2005 in Helsinki eine Ministerielle WHO-Konferenz zu diesem Thema abzuhalten. Im Jahr 2003 waren alle Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit auf die Vorbereitung der Konferenz und der ihr vorausgehenden Veranstaltungen ausgerichtet. Eine wichtige Aufgabe war die Erarbeitung von gemeinsam mit der EU durchzuführenden Aktivitäten zu den Themen psychische Gesundheitsbedürfnisse, psychische Gesundheit als Aufgabe des Gesundheitswesens und Unterstützung für die EU-Beitrittsländer. Als Beitrag zur internationalen und globalen Bewusstseinsbildung beteiligte sich das Regionalbüro an der Organisation mehrerer Veranstaltungen,

z. B. an der vom Europarat in Kopenhagen zum Thema psychische Gesundheit und Menschenrechte abgehaltenen Tagung, an der Stockholmer Weltkonferenz für Suizidverhütung, an der Lancierung der europäischen Epilepsiekampagne, der ministeriellen EU-Konferenz zum Thema psychische Gesundheit und Stigma (Gastgeber war die griechische Regierung), an Tagungen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verhütung psychischer Störungen (an den Universitäten von Bilbao und Ljubljana), gemeinsam mit der Europäischen Kommission an der Koordinierung von europäischen Tagungen zum Thema psychische Gesundheit und primäre Gesundheitsversorgung in Dubrovnik sowie an mehreren einzelstaatlichen Tagungen zur Suizidprävention. Alle nationalen Ansprechpartner erhielten Informations- und Aufklärungsmaterial für die Aufstellung, Weiterentwicklung und Umsetzung von Konzepten und Plänen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Das Regionalbüro arbeitete mit fünf Ländern bei der Überprüfung und Umstrukturierung ihrer Gesetzgebung zum Bereich psychische Gesundheit zusammen.

112. Das Regionalbüro organisierte zwei Treffen der in den Ländern für die Thematik **Alkohol** zuständigen Ansprechpartner und arbeitete mit internationalen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen daran, die Umsetzung des Europäischen Alkoholaktionsplans (EAAP) 2000–2005 zu fördern und in Europa das Bewusstsein für drogenbedingte Probleme zu schärfen. Das Regionalbüro unterstützte zwölf Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung von nationalen Aktionsplänen für eine Alkoholpolitik, die sich auf die im EAAP enthaltenen Empfehlungen gründeten. Nach dem EAAP und im Anschluss an die einschlägigen Resolutionen des Regionalkomitees entwickelte und lancierte das Regionalbüro das Alkoholinformationssystem für die Europäische Region, eine umfassende Datenbank mit Angaben zum Alkoholkonsum und zur Alkoholpolitik in der Region, die gegenwärtig 46 Länder umfasst und dazu beiträgt, dass die alkoholrelatierte Lage und die Umsetzung des EAAP in der Region laufend verfolgt werden können.

## Gesundheit von Familie und Gemeinschaft

113. Im Jahr 2003 erörterte das Regionalkomitee die Thematik **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** und empfahl, für die Europäische Region eine einschlägige Strategie aufzustellen. Inzwischen wird an einem Plan für die Erarbeitung der Strategie gearbeitet und es wurde ein Konsultationsprozess eingeleitet. In sechs Ländern begann die Umsetzung der von der Europäischen Region der WHO im Jahr 2001 aufgestellten Strategie zur Förderung der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit**. „Gender mainstreaming“ wurde im Jahr 2001 zur bereichsübergreifenden Initiative erklärt und in mehrere Programmaktivitäten auf regionaler Ebene und in den Ländern übernommen. Ansprechpartner für den Bereich **Gesundheit von Mutter und Kind** aus 17 Ländern trafen sich im Oktober 2002 in Malta und erörterten die Themen Perinatalversorgung, Integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI), Die Initiative die Schwangerschaft risikoärmer machen sowie die Verhütung des Missbrauchs und der Vernachlässigung von Kindern. Die Tagung endete mit Empfehlungen für die den Mitgliedstaaten von der WHO im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind zu leistende Unterstützung. Die Empfehlungen dienten während des restlichen Haushaltszeitraums als Leitfaden der Programmarbeit. Eine ähnliche Tagung wurde im April 2004 in Zypern für die Ansprechpartner aller Programme im Bereich Gesundheit von Familie und Gemeinschaft abgehalten. Ein Partnertreffen fand im Mai 2003 in Stratford on Avon statt. Das wichtigste Ergebnis dieser Zusammenkunft war die einvernehmliche Bereitschaft, die Verfolgung der WHO-Strategien für die Gesundheit von Mutter und Kind zu intensivieren und eine bessere Koordinierung der an der Länderunterstützung beteiligten Partner zu erreichen.

114. Das Regionalbüro beteiligte sich in zehn Ländern aktiv an der Lancierung des Weltgesundheitsberichts zum Thema **Gewalt und Gesundheit**. Es erarbeitete Kommunikationsmaterial (Faktenblätter, Pressemitteilungen) und Webseiten und organisierte im Rahmen des Regionalkomitees Workshopsitzungen. Für die Schwangerschaftsfürsorge zuständige Fachkräfte wurden darin geschult, das Problem der gegen Schwangere gerichteten Gewaltanwendung zu erkennen und anzugehen. Mit dem Europarat und der GTZ wurde die Zusammenarbeit zur Verhinderung der gegen Frauen gerichteten Gewaltanwendung verstärkt. Das europäische Programm der gesundheitsfördernden Schulen unterstützt Maßnahmen für die Bekämpfung von Gewalt, die Förderung von Strategien zur Lösung von und zum Schutz vor Konflikten und konkrete Programme in den Themenbereichen psychische Gesundheit, Schaffung eines sicheren und stützenden schulischen Umfelds und Verhütung von Mobbing und Schikane. Das Programm zur Verbesserung

der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördert einen Public-Health-Ansatz zur Verhinderung von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung von Kindern. Fortbildungsmaterialien richteten sich an Sozialarbeiter, die mit der primären und sekundären Prävention von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung von Kindern befasst sind, und wurden in Armenien, Georgien, Kirgisistan, Rumänien, der Russischen Föderation und in Usbekistan getestet. Außerdem wurde ein Verbund nationaler Ansprechpartner gebildet, der sich mit der Verhütung zwischenmenschlicher Gewalt befasst.

## Nachhaltige Entwicklung und gesunde Umwelt

115. Ein wichtiger Schwerpunkt der im Bereich **Ernährung und Lebensmittelsicherheit** geleisteten Arbeit des Regionalbüros war die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten bei der Entwicklung ihrer eigenen Nahrungs- und Ernährungspolitik und einschlägigen Aktionspläne. Am Ende des Berichtszeitraums hatten 28 Mitgliedstaaten ihre Aktionspläne für den Bereich Nahrung und Ernährung fertig, zehn Länder hatten bereits mit der Umsetzung begonnen. Außerdem leistete das Regionalbüro in acht Regionen der Russischen Föderation technische Hilfe bei der Erarbeitung und Umsetzung regionaler ernährungspolitischer Konzepte. Zur Unterstützung der Ausarbeitung von Konzepten und Aktionsplänen im Bereich Nahrung und Ernährung wurden wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse veröffentlicht. Die vom Regionalbüro herausgegebene Veröffentlichung *Food and health in Europe: a new basis for action* (ein für das gesamte Regionalbüro geltendes vorrangiges Anliegen) erschien auf Englisch (die russische Übersetzung liegt in Kürze vor), eine für Entscheidungsträger gedachte Zusammenfassung in Englisch und Russisch. Die beiden Veröffentlichungen bilden die wissenschaftliche Grundlage für eine Ernährungspolitik und sind für Entscheidungsträger wie für Fachleute wichtig.

116. Die Tagesordnung für die Vierte Ministerielle WHO-Konferenz **Umwelt und Gesundheit** (Budapest, 23.–25. Juni 2004) und das Konferenzthema „Die Zukunft unseren Kindern“ wurden vom WHO-Regionalkomitee und vom Ausschuss für Umweltpolitik der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen gebilligt. Diese Konferenz wurde in Rücksprache mit den Mitgliedstaaten durch drei zwischenstaatliche Treffen hochrangiger ministerieller Vertreter und unter Einbeziehung der Gesundheits- und Umweltressorts, wichtiger internationaler staatlicher Organisationen und von Bürgervertretern intensiv vorbereitet. Außerdem beteiligte sich eine Reihe von Mitgliedstaaten auch aktiv an themenspezifischen Arbeitsgruppen und trug damit wesentlich zur Erarbeitung der Grundsatzorientierung in wichtigen Bereichen bei. Eine Erklärung der Minister und ein Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region wurden im Juni 2004 auf der Konferenz unterzeichnet.

117. Für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen und die von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit empfohlene Sicherung von Investitionen in Gesundheit ist es unerlässlich, dass sich das Regionalbüro an der Entwicklung von Strategien für die **Armutsbekämpfung** beteiligt. Im Jahr 2002 wurden bei einer in Düsseldorf abgehaltenen Expertentagung die gesicherten Fakten zu der von den Mitgliedstaaten bei der Bewältigung der Problematik Armut und Gesundheit verfolgten expliziten Politik und zu den damit verbundenen Strategien herausgearbeitet. Das Regionalkomitee beschäftigte sich im Jahr 2002 mit dieser Arbeit und verabschiedete eine Resolution, die zur programmatischen Grundlage der vom Regionalbüro im Bereich Armut und Gesundheit geleisteten Arbeit wurde. Das Ergebnis war die Veröffentlichung der in den vier offiziellen Arbeitssprachen der Europäischen Region der WHO abgefasste und verbreitete Bericht *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut* im Jahr 2003. Eine Datenbank mit Fallstudien wurde ins Web gestellt und wird laufend aktualisiert. Konkrete technische Unterstützung bei der Bekämpfung von Armut und von sozioökonomischen Determinanten gesundheitlicher Defizite wurde beispielsweise von Aserbaidschan, Estland und Georgien erbeten und diesen Ländern gewährt.

## Abschließende Bemerkungen

118. Im Haushaltszeitraum 2002–2003 wurde die Grundsatzausrichtung des vorigen Haushaltszeitraums bekräftigt, zugleich aber wurden in und mit den Mitgliedstaaten ganz praktische, die gesamte Bandbreite der Funktionen und Aufgaben des Regionalbüros umfassende Aktivitäten entwickelt. Von daher ist das Regionalbüro in der Lage, die in diesem Bericht dargelegten Prozesse weiterzuführen und die Ausrichtung sowie die Prioritäten seiner Arbeit so weiterzuentwickeln, dass sie dem Bedarf und den Anforderungen der Mitgliedstaaten wirklich entsprechen, vor allem hinsichtlich des Ausbaus von Gesundheitsdiensten in den Ländern, der Erstellung von analytischen Berichten zu Gesundheitsinformationen, der Aktualisierung des Rahmenkonzepts Gesundheit für alle und der Förderung einer Evaluierungsmethode. Bei der Arbeit in gesundheitlichen Problembereichen liegt das Schwergewicht auf wichtigen globalen Programmen der WHO, wie z. B. HIV/Aids, und Ernährung und Bewegung, aber auch auf den europäischen Aktionsplänen und dem Ergebnis von Konferenzen zu wichtigen Themen wie Tabak, Alkohol, Ernährung, psychische Gesundheit und Umwelt sowie auf Fragen, die mehr Beachtung fordern, wie beispielsweise die Gesundheit älterer Menschen und die schnelle Reaktion des Gesundheitswesens auf gesundheitliche Gefährdungen.