



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Neunundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 14.–17. September 2009**

---

EUR/RC59/REC/1  
5. Oktober 2009  
92174  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht über die neunundfünfzigste Tagung  
des Regionalkomitees für Europa**

### **Schlüsselwörter**

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
EUROPE

## Inhalt

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung .....	1
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms .....	1
Bericht des Regionaldirektors .....	1
Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regional-komitees für Europa .....	3
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben .....	4
Allgemeine Aussprache .....	4
Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark .....	7
Ansprache der Generaldirektorin .....	8
Grundsatz- und Fachfragen .....	10
Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO .....	10
Pandemie H1N1 2009 .....	14
Wege zur Verbesserung der Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO .....	17
Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region (einschließlich grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften: Entwurf eines globalen Verhaltenskodexes) .....	20
Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO .....	27
Folgethemen früherer Tagungen des Regionalkomitees .....	29
Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa .....	29
Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele .....	30
Wahlen und Nominierungen .....	30
Regionaldirektor .....	31
Exekutivrat .....	31
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	31
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten .....	32
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010 bis 2013 .....	32
Resolutionen .....	33
EUR/RC59/R1: Nominierung der Regionaldirektorin für Europa .....	33
EUR/RC59/R2: Würdigung der Arbeit von Dr. Marc Danzon .....	33
EUR/RC59/R3: Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO .....	33
EUR/RC59/R4: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO .....	35

EUR/RC59/R5: Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO.....	38
EUR/RC59/R6: Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010–2014.....	40
EUR/RC59/R7: Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	40
Anhang 1: Tagesordnung .....	43
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente .....	45
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer .....	47
Anhang 4: Bericht des Regionaldirektors .....	71
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin.....	79

## Eröffnung der Tagung

Die 59. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 14. bis 17. September 2009 im WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, Dänemark, statt. Vertreter und Vertreterinnen aus allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO nahmen daran teil. Ebenfalls zugegen waren Beobachter aus zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa und einem Nichtmitgliedstaat sowie Vertreter der Internationalen Organisation für Migration, der Weltbank, des Europarats, der Europäischen Kommission (Generaldirektorat für Gesundheit und Verbraucher und Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten) und von nichtstaatlichen Organisationen (s. Anhang 3). Ihre Königliche Hoheit, Kronprinzessin Mary von Dänemark, die Schirmherrin des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation beehrte die Tagung durch ihre Anwesenheit.

Die erste Sitzung wurde von Herrn Alexander Kvitashvili, dem scheidenden Präsidenten, eröffnet.

## Wahl der Tagungsleitung

In Übereinstimmung mit Regel 10 seiner Geschäftsordnung wählte das Regionalkomitee die folgende Tagungsleitung:

Dr. Christos Patsalides (Zypern)	Präsident
Dr. Bjørn-Inge Larsen (Norwegen)	Exekutivpräsident
Dr. Vladimir Lazarevik (ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Dr. Narine Beglaryan (Armenien)	Berichterstatteerin

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC59/2 Rev.1 und EUR/RC59/3)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung (Anhang 1) und das Arbeitsprogramm an.

## Bericht des Regionaldirektors

In seinem letzten Bericht an das Regionalkomitee (Anhang 4) stellte der Regionaldirektor die Arbeit des Regionalbüros in den vergangenen zwölf Monaten aus zwei Perspektiven vor: in einem Rückblick auf die zehn Jahre seit seinem Amtsantritt und unter Berücksichtigung der spezifischen Merkmale der Europäischen Region im Rahmen des Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO.

Die einschneidendsten Ereignisse im vergangenen Jahr seien die Influenza-Pandemie H1N1 2009 und die globale Wirtschaftskrise gewesen. Die Pandemie sei die erste gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Sinne der Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 (IGV) gewesen. Zwar hätten sich die nationalen Behörden wie auch die WHO zu Recht für Transparenz entschieden, doch sei aufgrund dieses Vorgehens die Öffentlichkeit alarmiert worden und auch in den Medien eine breite Resonanz entstanden. Die Aufgabe der WHO bestehe darin, weiterhin eine aktive Surveillance zu gewährleisten, zutreffende Informationen bereitzustellen, um der Bevölkerung Mut zu machen und sie gleichzeitig zur Einhaltung der empfohlenen Hygienemaßnahmen aufzufordern, und in umsichtiger Weise die nächste Phase vorzubereiten: die Impfung. Die Antwort auf die Influenza-Pandemie H1N1 2009 müsse so gestaltet sein, dass individuelle und gesellschaftlich ausgerichtete Maßnahmen

einander sinnvoll ergänzten; die Diskussion während des Regionalkomitees werde es den Mitgliedstaaten hoffentlich ermöglichen, bis zu einem gewissen Grad eine ähnliche Sichtweise der Situation zu entwickeln.

Als Antwort auf die globale Wirtschaftskrise habe die WHO eine globale Arbeitsgruppe eingesetzt, in der er einer der beiden Vorsitzenden gewesen sei, und im Januar 2009 in Genf eine hochrangige Konsultationstagung abgehalten. Auf einer hochrangigen Tagung der Europäischen Region im April 2009 in Oslo sei zum Ausdruck gekommen, dass der Gesundheitssektor seinen Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung, gerade auch im wirtschaftlichen Bereich, gezielt herausstellen müsse und dass die politischen Konzepte der Ministerien, die oft in Abstimmung mit der WHO ausgearbeitet würden, und insbesondere diejenigen auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung, eine passende Antwort auf die Krise darstellten. Darüber hinaus habe das Regionalbüro über seine Kontakte in Israel darauf hingewirkt, Medikamentenlieferungen aus der Türkei für die Bevölkerung im Gaza-Streifen zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme vom Juni 2008 in Tallinn (Estland) seien auf nationaler und regionaler Ebene durch Maßnahmen weiterverfolgt worden, die primär auf die Evaluation der Leistung und die Stärkung der Steuerungsfunktion der Gesundheitssysteme abzielten. Die Konferenz von Tallinn und die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitssysteme seien auch der Ausgangspunkt für zahlreiche andere Aktivitäten des Regionalbüros gewesen, etwa anlässlich des Weltgesundheitstages oder des 30. Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung, sowie für seinen Beitrag zur Ausarbeitung des Entwurfs eines globalen Verhaltenskodexes im Bereich der Migration von Gesundheitspersonal. Schließlich sei das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik mit seinen Veröffentlichungen, seinen Sommerkursen und seiner Arbeit zur Unterstützung der Reformen in zahlreichen Ländern ein Garant für Kontinuität und nachhaltige Fortschritte im Folgeprozess von Tallinn.

Zur Tätigkeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit gehörten neben übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten auch die sozialen Determinanten von Gesundheit. Im Tätigkeitsfeld übertragbare Krankheiten habe man neben der Bekämpfung der Influenza auch die vierte Europäische Impfwache organisiert, die 2007 auf dem Ministerforum in Berlin eingegangenen Verpflichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose erweitert und Fortschritte bei der Eliminierung der Malaria in der Region erzielt. Das Regionalbüro lege großen Wert auf den Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und insbesondere auf Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit von Müttern und Kindern. Die neu eingerichtete Außenstelle in Athen werde Ende 2009 ihre Tätigkeit aufnehmen und die Kompetenz des Regionalbüros auf diesem Gebiet erhöhen und bei der Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wichtige Impulse setzen. Im Oktober 2008 habe das Regionalbüro seinen Bericht über Psychiatriepolitik und -praxis in den Ländern der Europäischen Region vorgestellt. Es habe im Vorfeld der 2010 in Parma (Italien) stattfindenden Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit der Europäischen Region eine Reihe von Vorbereitungsveranstaltungen gehalten. Schließlich habe das Regionalbüro mehrfach den Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit präsentiert und Wissenschaftler, Politiker und internationale Organisationen zur Stellungnahme eingeladen; ferner habe es 2008 in Kiew (Ukraine) eine Konferenz zum Thema Frauen im Strafvollzug organisiert.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie mit staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sei nach wie vor von großer Bedeutung. Auch mit der Europäischen Union (EU) baue das Regionalbüro seine Zusammenarbeit im Dienste der Mitgliedstaaten weiter aus. Dazu gehörten die Kontakte mit den verschiedenen Generaldirektionen der EU-Kommission, mit sechs fachlichen Dienststellen mit Zuständigkeit für Gesundheitspolitik sowie mit den EU-Präsidentschaften Frankreichs, Tschechiens und Schwedens. Fortgesetzt wurde auch die Zusammenarbeit mit anderen Partnerorganisationen wie der

Weltbank, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Darüber hinaus habe das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei der Beantragung von Mitteln der GAVI-Allianz und des Globalen Fonds unterstützt und sich an Anstrengungen zur Verbesserung der Feinabstimmung innerhalb des Systems der Vereinten Nationen beteiligt, insbesondere in Albanien.

Zu den internen Angelegenheiten des Regionalbüros sei zu sagen, dass die Befragung der Mitgliedstaaten zu ihrer Zufriedenheit mit seiner Arbeit eine nützliche Orientierungshilfe für deren künftige Entwicklung darstelle. Die Einführung des globalen Management-Systems werde Veränderungen in der Arbeitsweise des Regionalbüros mit sich bringen; dabei sollten die Erfahrungen des WHO-Hauptbüros wie auch der anderen Regionen herangezogen werden, um einen möglichst reibungslosen Übergang zu gewährleisten. Der Regionaldirektor fuhr fort, unter der Führung der Generaldirektorin erfülle sich Schritt für Schritt sein Traum von einer Organisation, die gleichermaßen vereint und doch dezentralisiert sei und effizient im Dienste der Mitgliedstaaten arbeite. Auf dem letzten Zusammentreffen zwischen der Generaldirektorin und den Regionaldirektoren in Albanien seien die Früchte der Arbeit des Regionalbüros in diesem Land präsentiert worden.

In seinen Schlussbemerkungen versprach der Regionaldirektor, die Übergangsphase bis zur Amtsübernahme seines Nachfolgers oder seiner Nachfolgerin nach Kräften zu erleichtern, und bedankte sich bei den Mitgliedstaaten der Europäischen Region und beim SCRC für ihre Unterstützung seiner Arbeit und der seiner Mitarbeiter sowie bei letzteren für ihren Einsatz für die Organisation.

### **Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa**

*(EUR/RC59/4, EUR/RC59/4 Add.1, EUR/RC59/Conf.Doc./1)*

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, der Sechzehnte SCRC sei im Laufe des Jahres fünfmal zusammengekommen und habe im Juni 2009 eine Telefonkonferenz durchgeführt; die Berichte fänden sich auf der Website des Regionalbüros. Neben der Prüfung von Maßnahmen des Sekretariats zur Weiterverfolgung der vom Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen sei der SCRC auch an der Auswahl und Vorbereitung der Fach- und Grundsatzthemen beteiligt gewesen, die auf der aktuellen Tagung erörtert würden. Einzelne Mitglieder des SCRC würden dessen Ansichten zu diesen Themen jeweils während der Behandlung des entsprechenden Tagesordnungspunktes vertreten.

Der Ständige Ausschuss habe im Laufe des Jahres auf zwei große Herausforderungen reagieren müssen: die globale Wirtschaftskrise und die Pandemie H1N1 2009. Dementsprechend habe er empfohlen, diese Themen auf die Tagesordnung des Regionalkomitees zu setzen. Im Hinblick auf die Wirtschaftskrise bestehe die ausdrückliche Zielsetzung darin, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO bei der Ausgestaltung der gesundheitspolitischen Dimension ihrer Reaktion auf die aktuelle Krise zu unterstützen, während die Influenza-Problematik in einer Aussprache samt Meinungsaustausch sowie im Rahmen einer Fachinformationssitzung zu dem Thema erörtert werde.

Mehrere Mitgliedstaaten hätten ihre Bereitschaft zur Ausrichtung künftiger Tagungen des Regionalkomitees zum Ausdruck gebracht. Der SCRC habe die Angebote sorgfältig geprüft, und über seine Empfehlungen werde im weiteren Verlauf der Tagung diskutiert. Ferner habe der SCRC eine Liste empfohlener Kandidaten für die Mitgliedschaft in den verschiedenen Organen der WHO erstellt, und sein Nachfolgegremium werde diese Arbeit fortsetzen, damit alle

Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO im Laufe der Zeit gleiche Chancen hätten, sich an der Arbeit der Organisation zu beteiligen.

Der Vorsitzende des SCRC lud alle Mitgliedstaaten ein, Fach- oder Grundsatzthemen vorzuschlagen, die ihrer Ansicht nach in die Tagesordnung künftiger Tagungen des Regionalkomitees aufgenommen werden sollten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC59/R7.

## **Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**

*(EUR/RC59/6)*

Das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC entsendete Mitglied des Exekutivrats aus der Europäischen Region berichtete, die 62. Weltgesundheitsversammlung habe insgesamt 16 Resolutionen verabschiedet, von denen acht von großer Bedeutung für die Europäische Region der WHO seien. Sie befassten sich mit Themen wie der Prävention von vermeidbaren Erblindungen und Beeinträchtigungen des Sehvermögens, der Grippepandemieplanung, der primären Gesundheitsversorgung (einschließlich Stärkung der Gesundheitssysteme), dem Abbau von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich durch Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit sowie der Prävention und Bekämpfung multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose.

Aufgrund der Entwicklung der Lage in Verbindung mit der Influenza-Pandemie H1N1 2009 sei die Weltgesundheitsversammlung auf fünf Arbeitstage verkürzt worden. Eine erhebliche Anzahl von Tagesordnungspunkten sei daher auf die 126. Tagung des Exekutivrats im Januar 2010 bzw. die 63. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 verschoben worden.

## **Allgemeine Aussprache**

In der folgenden allgemeinen Aussprache hob ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien-Herzegowina, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, die Bedeutung der Gesundheit für die Europäische Region und ihre Bevölkerung hervor und stellte fest, dass ein Großteil der gesundheitlichen Bedürfnisse in der Region alle Mitgliedstaaten betreffe. So seien etwa von der Pandemie H1N1 2009 alle Länder betroffen; deshalb müssten sie in ihrer Planung Flexibilität und Umsicht unter Beweis stellen, um eine optimale Vorsorge zu gewährleisten. Die aktuelle Situation verdeutliche, wie wichtig es sei, über präzise und zeitnahe Informationen zu verfügen und wie für eine vollständige Umsetzung der IGV anhaltende Bemühungen erforderlich seien. Die EU begrüße die weltweite Führungsrolle, die die WHO von Anfang an übernommen habe, und bekenne sich weiterhin zur globalen Solidarität und werde deshalb weiter nach Möglichkeiten zur Unterstützung der internationalen Gemeinschaft bei der Bewältigung der Pandemie suchen.

Es sei wichtig, über die vielfältigen möglichen Auswirkungen des Konjunkturerinbruchs auf die Gesundheit der Bevölkerung nachzudenken. Zu den Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region gehörten die wirtschaftlichen und praktischen Probleme, die sich aus der Alterung der Bevölkerung und aus der Migration von Gesundheitsfachkräften ergäben. Die Tatsache, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Region Zielländer oder Ur-

sprungsländer der Migration oder beides sein könnten, sei ein Beweis für die Komplexität des Problems und die Notwendigkeit eines abgestimmten Vorgehens. Die EU freue sich auf eine Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro auf diesem Gebiet, bei der die legitimen Interessen beider Seiten gebührend berücksichtigt werden müssten. Die Finanzkrise habe die Bedeutung eines effizienten Gesundheitswesens vor Augen geführt, insbesondere vor dem Hintergrund der Ausbreitung der Influenza-Pandemie H1N1 2009 und der Verbreitung antimikrobieller Resistenzen. Schweden werde im Laufe des Monats eine EU-Konferenz zu letzterem Thema ausrichten.

Die Tatsache, dass das Regionalbüro die sozialen Determinanten von Gesundheit in Verbindung mit der Wirtschaftskrise betrachte, unterstreiche das Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheit und wirtschaftlichen Ressourcen. Die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung politischer Konzepte durch eine Vielzahl von Politikbereichen außerhalb des Gesundheitssektors müsse gefördert werden, um die nach wie vor bestehenden Defizite hinsichtlich der Chancengleichheit in der Region abzubauen. Die Konzepte für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme müssten zu mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich führen. Das Regionalbüro solle an vorderster Front demonstrieren, wie die Ergebnisse des Berichts der WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit in die Anstrengungen der Mitgliedstaaten einbezogen werden könnten. Aufgrund der Bedeutung des Klimawandels sehe die EU sowohl der Klimakonferenz der Vereinten Nationen im Dezember 2009 in Kopenhagen als auch der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit der Europäischen Region 2010 in Parma mit Erwartung entgegen.

Nichtübertragbare Krankheiten bildeten die häufigste Ursache für die Krankheitslast in der Region. Deshalb seien gezielte Maßnahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – und insbesondere systematische, bevölkerungsbezogene Programme für Senioren – notwendig, um ihnen wirksam vorzubeugen. Die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sei eine der wichtigsten Prioritäten für die EU, und das Regionalbüro solle je nach Ausmaß der Herausforderung angemessene Mittel zur Verfügung stellen, zunächst einmal für die Verstärkung der Europäischen Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Die Konferenzen der EU zum Thema Alkoholkonsum, die zu Ende des Monats in Stockholm stattfinden sollten (und von denen eine von der WHO mitfinanziert werde), böten eine Gelegenheit zu eingehenden Diskussionen über eine primäre Ursache für die Krankheitslast.

Die EU begrüße die für das Regionalkomitee geplante Diskussion über Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ). Hier bestehe nach wie vor eine erhebliche Herausforderung, der sich die EU trotz des Konjunkturereintruchs entschlossen stellen wolle. Die Anstrengungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, insbesondere der multiresistenten Tuberkulose (MDR-Tb), müssten konsequent fortgesetzt werden; Gleiches gelte für die Verschmelzung von Tuberkulose- und HIV-Programmen auf allen Ebenen. Die durch die Erklärung von Berlin in Gang gesetzte Dynamik müsse aufrechterhalten werden. Die EU unterstütze nachdrücklich die Anstrengungen und die Führungsrolle des Regionalbüros auf diesem Gebiet. Die EU werde 2010 ein Grundsatzkonzept zur globalen Gesundheit annehmen, dessen Schwerpunkte auf Chancengleichheit, Zusammenhalt und Wissen liegen sollten.

Die EU danke dem Regionaldirektor für seine Arbeit in den vergangenen zehn Jahren. Seinem Nachfolger bzw. seiner Nachfolgerin komme nun u. a. die Aufgabe zu, die Erforschung der sozialen Determinanten von Gesundheit weiter voranzutreiben, im Tätigkeitsfeld Umwelt und Gesundheit Neuland zu erschließen und bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten durch Ansetzen an lebensstilbedingten Faktoren eine Führungsrolle zu übernehmen. Die EU freue sich auf die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro als der Anlaufstelle für gesundheitspolitische Kooperation in der Region, der eine entscheidende Rolle bei der Erweiterung der Wissensgrundlage zukomme. Sie sei bereit, zur Wirksamkeit und Effizienz der Arbeit des Regionalbüros beizutragen und mit dem neuen Regionaldirektor bzw. der neuen Regionaldirektorin dynamisch zusammenzuarbeiten.

Ein Delegierter, der im Namen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks sprach, brachte die Anerkennung seiner neun Mitgliedstaaten für die Führungskompetenz und Unterstützung des Regionalbüros seit 2001 zum Ausdruck und bedankte sich bei seinen Partnerorganisationen für deren Unterstützung. Zu den Partnern gehörten sowohl eine Reihe von Mitgliedstaaten als auch internationale Organisationen wie der Europarat und seine Entwicklungsbank, der Stabilitätspakt und die EU-Kommission. Das Netzwerk sei in den 1990er Jahren wie ein Phönix aus der Asche des Konfliktes erstanden und habe sich zu einem nachhaltigen gemeinsamen Forum für Entwicklung, gesundheitspolitische Gestaltung und die Reformierung der Gesundheitssysteme entwickelt. Für 2010 strebe das Netzwerk eine Autarkie an, wobei das Sekretariat und ein regionales Entwicklungszentrum in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien und zwei weitere Zentren in Kroatien und Rumänien angesiedelt werden sollten. Weiterhin sei man dabei, die Gruppe seiner Partner um die Partnerschaft der Nördlichen Dimension für Gesundheit und Soziales zu erweitern.

Zahlreiche Redner befassten sich mit den Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf Gesundheit und Gesundheitssysteme. Sie schilderten die Anstrengungen ihrer Länder zur Stärkung der Gesundheitssysteme sowie ihre Erfolge bei der Erhaltung ihrer gesundheitlichen Zugewinne bzw. der Verbesserung ihrer Gesundheitssysteme. Zu diesen zählten die Erhöhung oder Zweckbindung von Ressourcen, die Stärkung der Infrastruktur und Aufstockungen im Personalbereich, die Verbesserung von Planung und Ausbildung, das Festhalten an den Werten der Charta von Tallinn und an der Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung als Fundament eines Gesundheitssystems, der Grundsatz, alle Ministerien zu Ministerien für Gesundheit zu machen, und die Verstärkung der Beteiligung internationaler Geber. Mehrere Delegierte begrüßten die Orientierungshilfe durch die WHO und forderten einen Konsens in Bezug auf Maßnahmen zur Bewältigung der Krise bzw. eine Zusammenarbeit zur Absicherung von Strukturen und Programmen des Gesundheitswesens. Andere hoben die Rolle der Gesundheitssysteme als eine Stütze für die Gesellschaft hervor, insbesondere im Hinblick auf die Verwirklichung von Chancengleichheit und die Bewältigung der Bevölkerungsalterung, und betonten die Notwendigkeit, eine effiziente Nutzung der Ressourcen und ein reibungsloses Funktionieren der Systeme zu gewährleisten. Verschiedene Redner verwiesen auf die Bedeutung der Migration von Gesundheitsfachkräften; in einer Wortmeldung wurde das Regionalkomitee aufgefordert, sich auf gemeinsame Grundsätze zu einigen, die dann dem Exekutivrat und der Weltgesundheitsversammlung zur Diskussion vorgelegt werden könnten. In einer anderen Wortmeldung wurden die Mitgliedstaaten aufgefordert, ihre Gesundheitssysteme an die Veränderungen in Bezug auf Demografie und Krankheitslast anzupassen; dabei wurden primäre Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention als Schlüsselaspekte herausgestellt und es wurde an die WHO appelliert, auf diesem Gebiet eine Führungsrolle zu übernehmen.

Mehrfach wurden die Fortschritte der Europäischen Region bei der Bekämpfung der Influenzapandemie H1N1 2009 hervorgehoben und die Arbeit und Führungskompetenz der WHO anerkannt; auch wurden eine Reihe weiterer Maßnahmen empfohlen, wie eine vollständige Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, die Einhaltung des Grundsatzes der Transparenz und die Unterstützung für die WHO bei ihren Bemühungen zur Schaffung eines Systems für die Weitergabe von Virenproben und eines Zugangs zu Impfstoffen, sowie ein Dialog zwischen den Ländern mit dem Ziel der Gewährleistung eines sinnvollen Einsatzes von Impfstoffen. Einige Delegierte warfen die Frage auf, ob das gegenwärtige von der Pandemie gezeichnete Bild zutreffend sei und wie Impfprogramme konkret durchgeführt werden sollten. In verschiedenen Wortmeldungen wurde darauf hingewiesen, dass die WHO im Oktober in der Türkei einen Workshop über den Einsatz von Impfstoffen halten wolle, während Deutschland eine Folgekonferenz über Tuberkulose plane.

Mehrere Delegierte bezeichneten nichtübertragbare Krankheiten als die größte Bedrohung für die Gesundheit in der Region und riefen das Regionalbüro dazu auf, diesen oberste Priorität einzuräumen, und forderten ein gezieltes Handeln der Mitgliedstaaten, u. a. durch einen

Erfahrungsaustausch in Bezug auf nationale Krebsbekämpfungsprogramme und die Fortsetzung der Arbeit im Bereich der Werbung für Lebensmittel und nichtalkoholische Getränke für Kinder. Ein Delegierter dankte dem Regionalbüro für die Unterstützung der erfolgreichen Anstrengungen seines Landes bei der Bekämpfung des Tabakkonsums, die als nützliches Beispiel für andere Länder dienen könnten.

Zur Arbeit des Regionalbüros wurde in einigen Beiträgen der Nutzen der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) genannt, während andere Delegierte die Arbeit auf dem Gebiet der sozialen Determinanten von Gesundheit hervorhoben und Beispiele für die Zusammenarbeit ihrer Länder mit der WHO schilderten, etwa Hilfe bei der Bekämpfung der Adipositas, die Ermöglichung von Medikamentenlieferungen in den Gaza-Streifen oder die Wahl von Moskau als Konferenzort für die nächste Tagung des Regionalkomitees. Mehrfach wurde die Auffassung vertreten, das Regionalbüro solle die nichtübertragbaren Krankheiten gleichberechtigt mit den übertragbaren Krankheiten behandeln und die WHO könne mit begrenzten Ressourcen die Wirksamkeit ihrer Arbeit dadurch erhöhen, dass sie die Bemühungen um mehr globale Führungsarbeit forcieren, um ein Übermaß an Dezentralisierung zu vermeiden. Ein Delegierter lobte die Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Gesundheitssicherheit und verwies auf die Notwendigkeit, die Gesundheit sowohl der israelischen als auch der palästinensischen Bevölkerung zu schützen. In sämtlichen Wortmeldungen wurde der Regionaldirektor für die Erfolge seiner zehnjährigen Amtszeit gelobt, meist verbunden mit der Zusage, das Regionalbüro und den künftigen Amtsinhaber weiter zu unterstützen.

In seiner Erwiderung dankte der Regionaldirektor den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros und brachte seine Hoffnung zum Ausdruck, dass sie dies auch in Zukunft tun würden. Er stellte fest, das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk sei ein Beleg dafür, dass Gesundheitspolitik eine Brücke zum Frieden bilden könne, und schloss sich den Anmerkungen der Delegierten zu den wichtigsten Sachthemen für die Region an. Die Mitgliedstaaten hätten in der Tat eine Vielzahl von Problemen gemeinsam und der Weg hin zu mehr Sicherheit führe über die Solidarität. Der Gesundheitssektor müsse in kämpferischer Weise seinen Beitrag zur Entwicklung von Gesellschaft und Wirtschaft herausstellen. Bei der Bewältigung der Influenza-Pandemie H1N1 2009 sei Transparenz unverzichtbar, doch auf die Erkenntnis müsse entschlossenes Handeln folgen.

Die WHO werde ihre Arbeit auf dem Gebiet der Migration von Gesundheitsfachkräften fortsetzen. Die entwickelten Länder sollten von der aktiven und kommerziellen Abwerbung von Fachpersonal aus den Entwicklungsländern abraten. Die Außenstelle in Athen werde dem Regionalbüro neue Chancen bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten eröffnen. Schließlich verwies der Regionaldirektor auf die Rolle der Kronprinzessin von Dänemark, die als Schirmherrin das Profil der Organisation in der Öffentlichkeit geschärft und ihrer Arbeit ein Gesicht verliehen habe.

## **Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark**

Die Kronprinzessin bedankte sich für die Gelegenheit, das Wort an die Vertreterinnen und Vertreter der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO richten zu dürfen. Seit Übernahme der Schirmherrschaft über das Regionalbüro habe sie sich hauptsächlich um eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung bemüht. Obwohl Impfungen nach der Bereitstellung sicheren Trinkwassers die sicherste und wirksamste Intervention zur Verringerung von Krankheit und Mortalität seien, bestünden in den Mitgliedstaaten immer noch Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich der Durchimpfungsrate, und es gebe nach wie vor ungeimpfte Kinder. Die Europäische Impfwache sei eine bedeutende Initiative des Regionalbüros zur Förderung und Stärkung von

Impfprogrammen. Während der slowenischen EU-Präsidentschaft habe sie die Impfwoche 2008 zusammen mit der First Lady Sloweniens eröffnet. Ferner habe sie eine Erklärung zur Unterstützung der Europäischen Impfwoche 2009 veröffentlicht, die mit einem sehr nachgefragten neuen Video auf der Website des Regionalbüros realisiert worden sei. Sie freue sich auf die Fortsetzung ihres Engagements für diese erfolgreiche Initiative.

Sie werde auch die Anstrengungen der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele mit einer Schwerpunktlegung auf die Gesundheit von Frauen und Kindern unterstützen. Der Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit unter Frauen innerhalb von wie auch zwischen Mitgliedstaaten und die Gewährleistung ihres Zugangs zu leistungsstarken Gesundheitssystemen und guten Angeboten auf dem Gebiet der Reproduktionsgesundheit seien Themen, die für die gesamte Region von Bedeutung seien. Selbst einige der wohlhabenderen Länder der Region täten sich schwer damit, die Zahl der Müttersterbefälle in gefährdeten und marginalisierten Gruppen zu reduzieren, und Müttersterblichkeit sei eine der weltweit am wenigsten beachteten Katastrophen. Die Kronprinzessin erklärte, sie werde das Regionalbüro darin unterstützen, den Ländern bei ihren Anstrengungen zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele auf nationaler und regionaler Ebene behilflich zu sein, und auch auf globaler Ebene zur Erfüllung der auf die Gesundheit von Frauen und Kindern bezogenen Ziele beitragen. Auch wenn die Verbesserung der Gesundheitssituation durch Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele eine in hohem Maße anspruchsvolle Aufgabe sei, freue sie sich doch darauf, die Mitgliedstaaten und die WHO in ihren Bemühungen zu unterstützen.

## **Ansprache der Generaldirektorin**

Die Generaldirektorin würdigte die Erfolge des Regionaldirektors und der Europäischen Region, die die gesundheitspolitische Tagesordnung auf neue Tätigkeitsfelder ausgedehnt habe. Dies sei nicht nur von Nutzen für die öffentliche Gesundheit in aller Welt, sondern werde auch außerhalb des Gesundheitssektors als probates Mittel im Hinblick auf die Bewältigung gegenwärtiger wie künftiger globaler Krisen anerkannt. Die Region habe eine Reihe von Themen in die Diskussion gebracht, die mittlerweile weltweit zu den wichtigsten Anliegen der Gesundheitspolitik zählten, darunter die Notwendigkeit der Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten sowie einer Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit durch gezielte Konzepte zur Förderung von gesellschaftlichem Zusammenhalt und sozialer Absicherung. Der politische und wirtschaftliche Übergang in der Region habe den Blick für die Zusammenhänge zwischen Wohlstand und Gesundheit geschärft und die Notwendigkeit einer Reformierung und Stärkung der Gesundheitssysteme zur Verwirklichung von mehr Chancengleichheit hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse aufgezeigt. Das Regionalbüro habe darauf reagiert, indem es zur Gründung des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik beigetragen habe, das in der Forschung auf diesem Gebiet tätig sei, und indem es auf der Europäischen Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme die Verabschiedung der Charta von Tallinn herbeigeführt habe, die einen zusammenhängenden Handlungsrahmen darstelle. Ihre Ideen hätten Eingang in die Debatte über die internationale Entwicklung im Gesundheitsbereich gefunden – zu einem Zeitpunkt, da die führenden Politiker der Welt wie auch die Verantwortlichen außerhalb des Gesundheitssektors durch Krisen dazu gezwungen seien, sehr genau zuzuhören.

In einem Dokument des Regionalkomitees und in dem Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit sei die Abhängigkeit gesundheitlicher Ergebnisse von ökonomischen Faktoren ebenso hervorgehoben worden wie die Tatsache, dass die Wirtschaftssysteme moralische Werte wie Solidarität, Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit einbeziehen müssten. Die Millenniums-Entwicklungsziele stellten eine Strategie dar, die ein Gegensteuern gegen unausgewogene Konzepte und Systeme ermögliche, doch sie setzten nicht an den

Grundursachen für die große Kluft in Bezug auf gesundheitliche Resultate an. Nur wenn Chancengleichheit explizit zu einem Grundsatzziel gemacht werde, könne diese Kluft überbrückt und könnten gerechte Gesundheitssysteme aufgebaut werden. In der Gesundheitspolitik gehe diese Erkenntnis auf die Erklärung von Alma-Ata zurück. Nun habe die aktuelle Finanzkrise die politischen Führer der Welt dazu bewegt, ein Wertesystem anzustreben, das der primären Gesundheitsversorgung stets zugrunde gelegen habe. Auf dem Gipfel der G-20 im April 2009 hätten die Finanzminister und Zentralbankchefs einen grundlegenden Umbau der internationalen Regelungssysteme gefordert, um ihnen eine moralische Dimension zu verleihen und sie für soziale Werte und Belange empfänglich zu machen.

Angesichts der Influenza-Pandemie H1N1 2009 stehe die Welt nun an einem Scheideweg, an dem die Notwendigkeit des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ offenkundig werde und es gelte, den Aufbau grundlegender Kapazitäten im Gesundheitsbereich voranzutreiben, zumal nun die Staatschefs und die Verantwortlichen in der Finanz-, Handels- und Tourismuspolitik für die Botschaft der Gesundheitspolitik empfänglicher seien. Die Pandemie werde der Politik wohl in tragischer Weise vor Augen führen, wie schlecht funktionierende und unausgewogene Gesundheitssysteme Menschenleben kosten könnten, wenn etwa die Müttersterblichkeitsrate steige, insbesondere in den Entwicklungsländern, auf die ohnehin schon 99% aller Müttersterbefälle entfielen. Im November 2009 werde das WHO-Hauptbüro einen Bericht veröffentlichen, in dem die Notwendigkeit einer Erneuerung des Bekenntnisses zur primären Gesundheitsversorgung unterstrichen werde, um die Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen zu untermauern. Wie es die Europäische Region mit den Gesundheitssystemen getan habe, so müsse die WHO auch die Agenda für die Gesundheit von Frauen als durchführbar darstellen, klare Grundsatzoptionen vorgeben und überzeugende Argumente für mehr Investitionen vorlegen.

In ihren Schlussbemerkungen lobte die Generaldirektorin die Mitgliedstaaten der Region dafür, dass sie als Privilegierte ihre Verantwortung erkannt und dass sie ihren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in der Europäischen Region wie auch weltweit auf einem Wertesystem aufgebaut hätten.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Bosnien-Herzegowina und Serbien sowie Armeniens, Islands, Norwegens, der Republik Moldau und der Ukraine, die sich der Erklärung anschlossen, sprach, wies darauf hin, dass die Generaldirektorin zwei dringliche Herausforderungen für die Gesundheitspolitik angesprochen habe, die seit der letzten Tagung des Regionalkomitees entstanden seien: die Pandemie H1N1 2009 und die globale Finanzkrise. Die Pandemie habe das Thema Gesundheit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit von Regierungen, Parlamenten, Medien und Öffentlichkeit gerückt. Die WHO habe sich als die treibende Kraft bei der Entwicklung wirksamer Vorsorgemaßnahmen bewährt, und die EU danke der Generaldirektorin und ihren Mitarbeitern für das hervorragende weltweite Krisenmanagement nach dem Ausbruch. Die Finanzkrise bringe die Gefahr mit sich, dass infolge rückläufiger staatlicher Investitionen die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme beeinträchtigt werde und dass die Zunahme von Arbeitslosigkeit und Armut Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen haben werde. Diese beiden Herausforderungen seien ein Beleg dafür, wie wichtig der Aufbau leistungsfähiger Gesundheitssysteme und eine an den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzende Präventionsarbeit seien. Die WHO habe weltweit wie auch in der Europäischen Region ihre Anstrengungen in beiden Bereichen intensiviert. Die EU erkenne die Bemühungen der WHO an und werde ihr auch weiterhin als starker und entschlossener Partner zur Seite stehen.

Ein Delegierter wies darauf hin, dass viele Länder Schwierigkeiten mit der Reformierung ihrer Gesundheitssysteme hätten, und stellte die Frage, ob die Mitgliedstaaten einander in diesem Bereich helfen könnten und welche Rolle die internationalen Organisationen spielen sollten. Da in

der Gesundheitsversorgung der weltweit zweitgrößte Markt zu finden sei, habe sie das Interesse von Wissenschaft und Stiftungen sowie von Organisationen wie der OECD gefunden. Die WHO habe eine Gelegenheit verpasst, Werte in die Debatte einzubringen, obwohl sie diese in einer Prüfung des Gesundheitssystems seines Landes hervorgehoben habe. In einer weiteren Wortmeldung wurde die Auffassung vertreten, dass solche Werte auch im Hinblick auf die Gewährleistung der Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitssysteme von Bedeutung seien. Um reformfeindlichen Interessengruppen entgegenzuwirken, solle die WHO ihren Dialog mit den Berufsverbänden im Gesundheitsbereich wieder aufnehmen bzw. verstärken und sich dabei auch mit konkreten Werten befassen; ferner solle sie darüber nachdenken, ob sie sich nicht in stärkerem Maße zur Vertreterin der Interessen der Bevölkerung machen wolle.

Die IGV seien zwar ein nützliches Instrument für die Bewältigung von Epidemien, doch angesichts der weltweiten Bedrohung durch die Pandemie H1N1 2009 müsse die WHO eine neue Rolle als Vertreterin der Interessen aller Länder in Verhandlungen mit den Herstellern der benötigten Impfstoffe annehmen und dabei möglicherweise die Einführung einer Stufenskala anstreben, bei der sich die Kosten nach den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Länder richteten.

Die Generaldirektorin erkannte den Beitrag aller Partner bei der Bekämpfung der Pandemie an und erwähnte insbesondere die Geld- und Sachspenden der Mitgliedstaaten; zu letzteren gehörten auch die Dienste der nationalen Grippezentren und -labore sowie der WHO-Kooperationszentren. Trotz der rapiden Ausbreitung des Virus zahlten sich die Anstrengungen der Länder in der Bereitschaftsplanung aus.

Die zentrale Frage in Bezug auf die Gesundheitssysteme laute, wie sichergestellt werden könne, dass jedes Land unabhängig von seinem Entwicklungsstand die Gesundheit seiner Bevölkerung schützen könne. Sie lud die Mitgliedstaaten ein, die WHO zur Auseinandersetzung mit den etablierten Interessengruppen aufzufordern. Die WHO könne den Ländern keine Befehle erteilen, sondern werde Erkenntnisse beisteuern und empfehlenswerte Praktiken aufzeigen, die die Länder je nach ihren eigenen Erfordernissen anwenden könnten. Die Prüfungen der Gesundheitssysteme in einigen Ländern seien anschauliche Beispiele dafür, wie eine offene Diskussion aussehen müsse. Wenn die Länder es mit den Reformen ernst meinten, werde die WHO mit ihnen zusammenarbeiten und dabei Wissenschaftler und Berufsverbände einbeziehen, um positive Ergebnisse für die ganze Welt zu erzielen.

## Grundsatz- und Fachfragen

### **Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO**

*(EUR/RC59/7, EUR/RC59/Conf.Doc./2)*

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees, das die Ansicht des SCRC zu dem Thema vertrat, sagte, die Weltwirtschaft habe im vergangenen Jahr die tiefste und umfassendste Rezession seit dem Zweiten Weltkrieg durchgemacht. Auch wenn ein völliger Zusammenbruch des Finanzsystems verhindert worden sei, erreiche die Arbeitslosigkeit jetzt schwindelerregende Höhen und hätten sich die Lebensbedingungen für Millionen von Menschen stark verschlechtert. Der wirtschaftliche Ausblick sei weiter mit Unsicherheit behaftet und die öffentlichen Defizite und die Verschuldung seien signifikant angestiegen. Das werde sich langfristig auf Gesundheit und Gesundheitssysteme auswirken und stelle die Mitgliedstaaten und die WHO vor viele Fragen. Einige Lehren habe man bereits gezogen. Ein solides Gesundheitssystem müsse vor allem drei Dinge tun: den gleichen Zugang zur Versorgung für alle verteidigen und hier insbesondere die bedürftigen Menschen schützen, sektorübergreifend arbeiten und als „kluger Akteur“ in Fragen von Investition, Ausgaben und Beschäftigung auftreten. Es sei wichtig, sich an die Werte Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe zu halten, die in der Charta von Tallinn betont worden seien.

Der Leiter des WHO-Büros in Barcelona für die Stärkung der Gesundheitssysteme führte aus, die Wirtschaftskrise habe sich auf das Wachstum, den Handel, das Vertrauen, die Wechselkurse, die Armut und die Beschäftigung ausgewirkt. Die Symptome variierten von Land zu Land, doch seien in allen Gesellschaften die Armen am stärksten bedroht und die Regierungen stünden vor dem erhöhten Risiko einer gesellschaftlichen Spaltung samt der politischen Konsequenzen. Die Erholung werde in ungleichem Ausmaß und Tempo erfolgen und insbesondere der Arbeitsmarkt werde sich wahrscheinlich nicht so schnell beleben. Viele der bestehenden Informations- und Beobachtungssysteme würden dem Wissensbedürfnis der Entscheidungsträger nicht gerecht, doch sei klar, dass knappere Ressourcen die Gesundheitseinrichtungen vor größere Herausforderungen stellten und dass Arbeitslosigkeit zu verschlechterten Lebensbedingungen und erhöhtem Stress führe. Allerdings seien diese Auswirkungen nicht unvermeidlich und viele Länder hätten schnell Maßnahmen zum Schutz und zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheitsbudgets ergriffen.

In der Krise sei die Charta von Tallinn noch relevanter. Der Beitrag von Gesundheit zu Wohlstand diene als wichtige Leitschnur für Maßnahmen zur wirtschaftlichen Erholung, da Investitionen in die Gesundheit ökonomische Anreize auslösen könnten. Die zwölf Empfehlungen, die aus der Osloer Tagung im April 2009 hervorgegangen seien, unterstrichen die Bedeutung von Investitionen in die Gesundheit, die einhergingen mit einer Verpflichtung zu Rechenschaft und Leistung. Gesundheitliche Erwägungen sollten in alle Politikbereiche einfließen. Zum Schutz der Schwächsten solle eine explizite Politik für arme Menschen angenommen werden, die darauf ziele, Chancengleichheit durch allgemeine Versorgung zu verwirklichen. Es sei zugleich möglich, dass die Krise Chancen für Reformen eröffne.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion, die vom Direktor des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik geleitet wurde, betonte die Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit (Deutschland), dass sich gerade die am stärksten in Mitleidenschaft gezogenen Gruppen am wenigsten wehren könnten und dass die gesamte Vorstellung von sozialer Sicherheit, zu der auch das Thema Wohnen gehöre, Gefahr laufe, ausgehöhlt zu werden. In Deutschland zielten einige neue Maßnahmen auf die Bedürftigsten und darauf, die Arbeitslosigkeit abzubauen. Dazu zählten die Absenkung der Krankenkassenbeiträge, die Einführung einer Beschäftigungsinitiative für Gesundheitspersonal, durch die 17 000 Arbeitsplätze geschaffen würden, die Durchführung von Bildungsinitiativen und die Modernisierung der Krankenhäuser.

Der Leitende Medizinalbeamte des Vereinigten Königreichs sagte, seit Beginn der Krise sei viel Geld in die Unterstützung der Wirtschaft geflossen. Jetzt würden zwar häufig Forderungen nach öffentlichen Ausgaben laut, die im Bereich Gesundheit notwendigen Maßnahmen seien jedoch schon beschlossen und würden nur noch stärker akzentuiert: durch die Verbesserung und Sicherung der bestehenden Angebote, die Erfüllung der gestiegenen Erwartungen der Öffentlichkeit und die Deckung der Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung. Die Torhüterfunktion auf der primären Versorgungsstufe sei bereits Gegenstand von Reformen gewesen, diese müssten jedoch noch weiter gehen, damit Kosten durch einen übermäßigen Gebrauch der Krankenhäuser abgebaut würden. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention müssten ernsthaft in Angriff genommen werden. Man könne gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessern und Kosten senken. Ein Weg hierzu führe über stärkere Selbstversorgung, sodass etwa Patienten mit Diabetes die erforderliche Ausrüstung und Unterstützung erhielten, sich dann aber unabhängiger selbst hülfe.

Der Leitende Medizinalbeamte und Generaldirektor des Dänischen Gesundheitsamtes sagte, dass Investitionen in den Gesundheitssektor Teil der Lösung und nicht Teil des Problems seien. Sein Land sei von einem großen Überschuss zu einem großen Defizit übergegangen, weil es eine expansive Strategie verfolge, zu der eine Senkung der Einkommenssteuern, vorgezogene Auszahlungen der Pensionskassen und mehr Gelder für Renovierungen und Investitionen in

Regionen, Krankenhäuser und Gebäude zählten. Die Gesundheitsbudgets für das laufende Jahr und die kommenden zwei Jahre seien jeweils um 3 % angehoben worden. Die Verteidigung der Budgets und die Konzentration auf zentrale Werte im Gesundheitssektor seien ein guter Ausgangspunkt. All dies finde vor dem Hintergrund einer Effizienzsteigerung statt: Zwei Jahre zuvor seien 285 städtische Gemeinden zu 98 größeren Städten und 14 Kreise zu 5 Regionen zusammengefasst worden.

Die Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale Entwicklung der Russischen Föderation sagte, ihr Land habe die Finanzierung 2009 um 8 % erhöht und werde im folgenden Jahr noch einmal nachlegen. Gesundheits- und Sozialprogramme seien nicht gekürzt worden. Bevölkerungspolitik genieße höchste Priorität. Zu weiteren dringlichen Themen zählte sie Gesundheitsförderung, Präventionsprogramme für Hochrisikogruppen, Gesundheitsschutz für Mutter und Kind und die Bewältigung weitverbreiteter Krankheiten. Außerdem richte man die Aufmerksamkeit auf größere Effizienz und die Sicherung transparenter finanzieller Ströme. Die Einführung einheitlicher Normen und Indikatoren Sorge für eine hochwertige Gesundheitsversorgung im ganzen Land. Eine Expertenkommission berate innovative Technologien, die Arbeitsplätze schaffen und die Selbstversorgung ausweiten könnten. Auch wenn die Regierungen für die Gesundheit ihrer Bevölkerung zuständig seien, erforderten die globalen Herausforderungen koordinierte Antworten.

Der Sozialminister Estlands sagte, seinem Land würden wohl kaum frühere Niveaus an Ressourcen zur Verfügung stehen. Die budgetären Probleme seien gravierend, da die Ressourcen aus einem Steueraufkommen stammten, das erheblich geschrumpft sei. Die Arbeitslosigkeit betrage nach Berechnungen der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) derzeit 13,5 % oder nach den Statistiken Estlands 11,4 %. Der Arbeitsmarkt erhole sich nur schlecht und das Land habe noch schwere Jahre vor sich. Beim Krankengeld seien Eingriffe vorgenommen worden, sodass der Arbeitgeber erst nach vier Tagen zahle und die Krankenversicherung diese Zahlungen ab dem neunten Tag übernehme. Andere Maßnahmen schlossen die Anhebung der Mehrwertsteuer für medizinische Artikel und der Abgaben für Alkohol und Tabak ein.

Der serbische Gesundheitsminister führte aus, sein Land habe vor der Wirtschaftskrise große Reformen durchgeführt, 2009 jedoch beschlossen, die Arzneimittelausgaben um 5 % zu senken und die Zuzahlungen zu verdoppeln. 2010 werde ein schwieriges Jahr, weil solche Zahlungen nicht leicht einzuführen seien, obwohl sie nur gemäß Zahlungsvermögen verlangt würden. Das Ziel laute, mit weniger Aufwand mehr zu erreichen. Man erwäge auch einen Abbau von Krankenhauspersonal.

In der sich anschließenden Diskussion betonte ein Delegierter im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen), dass ein Gesundheitssystem ein nationales Anlagevermögen sei, das zur wirtschaftlichen Entwicklung beitrage. Es sei dringend geboten, die direkten und indirekten Auswirkungen der Rezession auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu verstehen. Die gesundheitlichen Auswirkungen des wirtschaftlichen Abschwungs könnten noch zwei Jahre andauern. Vor Ende 2009, wenn die Budgets für 2010 erörtert würden und die für Gesundheit vorgesehenen Mittel unter Druck gerieten, sei dies noch nicht ganz zu spüren. Das alles vollziehe sich vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung mit gegebenenfalls immensen Gesundheitsbedürfnissen. Konzertierte Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Bedingungen seien ebenso wichtig wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und kostenwirksame Strategien, mit denen insbesondere Arbeitslosigkeit und Armut bekämpft werden müssten. Nicht weniger als 150 Millionen Menschen rutschten jedes Jahr durch Zahlungen für Gesundheitsleistungen in die Armut ab. Die Bewältigung dieser Herausforderungen hänge auch von Entscheidungen in anderen Sektoren ab. Doch selbst wenn

die Krise für alle Länder eine große sozioökonomische Herausforderung bedeute, so seien knappe Mittel auch ein Anreiz, Vereinbarungen der Akteure über dringend benötigte Reformen und kostenwirksame Maßnahmen zu erzielen: Die Krise öffne ein Fenster für Veränderung und Modernisierung. Der WHO falle hier eine entscheidende Rolle zu, wenn sie der Region Orientierung geben könne; die EU sehe der weiteren Zusammenarbeit erwartungsvoll entgegen.

Vertreter mehrerer Länder berichteten über die Lage und die Antworten ihres Landes auf die Krise. Ein Vertreter sprach von einem drastischen Einbruch der Produktion um 13 % im ersten Quartal des Jahres, der zu einer rekordhohen Arbeitslosigkeit geführt habe. Viele Redner befürchteten eine Vertiefung von Chancenungleichheiten. Es werde schwer sein, die Armut zu beseitigen und die MZ zu erreichen. Die Regierungen müssten über die Krise hinausblicken und in Übereinstimmung mit ihren langfristigen Zielen handeln. Zentrale Aktivitäten müssten gesichert werden und allgemeiner Zugang zu Versorgung solle ein Teil der Anreizpakete sein. Die WHO spiele eine entscheidende Rolle für die Lagebeobachtung und die Beratung der Länder.

Ein Redner stellte fest, der Ausbruch der Grippepandemie kurz nach der Wirtschaftskrise habe zu Haltungsänderungen geführt. Nicht nur seien plötzlich zwei Krisen aufgetreten, die Pandemie habe die Wahrnehmung der Öffentlichkeit und der Entscheidungsträger verändert, insbesondere in Bezug auf die Bedeutung des allgemeinen Zugangs zu Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung. Die Bereitschaft der Gesellschaft hierfür auch zu zahlen, habe sich merkbar erhöht.

Ein Vertreter erklärte, für die Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion verlaufe die aktuelle Krise viel glimpflicher als frühere Wirtschaftskrisen. Ein besonderer Fonds sei in seinem Land für Leistungen im Sozial- und Gesundheitssektor eingerichtet worden, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit nehme ab, die Investitionen nähmen zu, neues Personal werde eingestellt und die Zahl der Medizinstudenten steige. Die Verwaltungsspitzen in den Bezirken würden gebeten, spezialisierte medizinische Angebote für Landarbeiter zu machen und in den vergangenen zehn Jahren habe sich die Lage sehr gebessert.

Ein anderer Redner beschrieb die große Krise, die sein Land Anfang der 1990er Jahre erlebt habe und aus der Teufelskreise entstanden seien, die das Wohlbefinden der nachfolgenden Generation beeinträchtigten. Die wirtschaftliche Erholung sei nicht stark genug, daher sei es klug die öffentlichen Ausgaben aufrecht zu erhalten und die Gesundheitssysteme zu bewahren, um die Auswirkungen der Krise abzumildern. Die WHO solle ihre Fähigkeit zur Behandlung des Themas Gesundheit in Zeiten einer Wirtschaftskrise verbessern und zur wirksamen Umsetzung von Resolution WHA62.14 der Weltgesundheitsversammlung über die sozialen Determinanten von Gesundheit einen Aktionsplan der Region zur Unterstützung der Mitgliedstaaten erarbeiten. Ein weiterer Redner regte an, die WHO solle eine strategische Analyse für die Mitgliedstaaten der Region erstellen, die als Grundlage der Bemühungen dienen könne, soziale Ungerechtigkeiten in der Region abzubauen.

Mehrere Redner erwähnten, dass sie vor Einschränkungen stünden, dass die primäre Gesundheitsversorgung und die öffentliche Gesundheit jedoch verteidigt werden müssten und dass die von allen geteilten Wertvorstellungen aus der Charta von Tallinn jetzt noch wichtiger seien. Es wurde besonders auf Maßnahmen hingewiesen, die zugleich Einnahmen sicherten und die Gesundheit schützten wie Steuern auf Alkohol, Tabak und Zucker.

Es wurde auch betont, dass sich die Finanzkrise zwar auf die gesamte Bevölkerung auswirke, doch besonders stark auf die Mittelschicht, die mehr Ersparnisse zu verlieren habe und deren Darlehen jetzt zu einer schweren Bürde geworden seien. Eine kluge Ausgabenpolitik sei entscheidend. Das Gesundheitsgewerbe solle in ein staatliches Konjunkturprogramm mit einbezogen werden.

Der Leitende gesundheitspolitische Berater der Weltbank sagte, die aktuelle schwere Krise treffe nicht nur einzelne Personen, sondern stelle auch die Belastungsfähigkeit des sozialen Sicherheitsnetzes auf die Probe. Im Zentrum der Besorgnis sehe er Personen und Haushalte, die von Arbeitsplatzverlust betroffen seien, sowie die auf Steuereinnahmen angewiesenen Systeme. Die aufstrebenden Mittelschichten, welche die Armut besiegt hätten, sähen sich jetzt wieder auf dem Abstiegsweg. Millionen neue Arme seien entstanden und der Fortschritt von 20 Jahren sei zunichtegemacht worden. In vielen Ländern betrage die Arbeitslosigkeit 12 %, in manchen sogar 27 %. Es beunruhige ihn, dass es nur wenige Erkenntnisse über die Folgen einer solchen Krise für das Gesundheitssystem gebe, und damit man sie gewänne, sei ein globales Observatorium erforderlich, das sich mit den Ausgaben der Haushalte und den Auswirkungen des Handels und anderer Faktoren sowie den Zusammenhängen mit dem Gesundheitssektor befasse. Es bestehe auch die Gefahr, dass die Länder sich nach innen kehren und darüber die globalen Infektionskrankheiten vergessen würden. Die bilaterale Hilfe könne zurückgehen, doch wäre das kurzfristig gehandelt, weil die Infektionskrankheiten dann zurückkämen. Er riet den Ländern dazu, ihr Gesundheitspersonal nicht zu entlassen, die Zuzahlungen und Steuern nicht zu erhöhen und die öffentlichen Ausgaben nicht zu kürzen. Stattdessen sollten sie sich auf den Schutz der Schwächsten vor katastrophalen Risiken konzentrieren. Die Krise könne aber auch neue Reformen und neue Effizienz ermöglichen, insbesondere was die Ausgaben für Krankenhäuser und Arzneimittel betreffe. Auf lange Sicht könnten solche Maßnahmen die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems stärken.

Vertreter der Internationalen Kommission für Arbeitsmedizin und der Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik gaben Erklärungen ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC59/R3.

### **Pandemie H1N1 2009**

Der kommissarische Leiter der Sektion übertragbare Krankheiten informierte über die aktuelle Lage der Pandemie H1N1 2009 und vermerkte, mit welcher Schnelligkeit sie sich innerhalb der neun Wochen seit der ersten Meldung im April 2009 an die WHO über den Ausbruch einer grippeähnlichen Erkrankung in Mexiko bis zur Ausrufung der Pandemiestufe 6 im Juni, als schon Fälle aus allen Regionen der Welt gemeldet wurden, entwickelt habe. Das Virus sei noch nicht mutiert, auch wenn Resistenzen gegen ein antivirales Arzneimittel beobachtet worden seien, insbesondere in der Prophylaxe nach Kontakten mit dem Virus; eine Übertragung der resistenten Stämme sei aber nicht gemeldet worden.

Das Virus unterscheide sich stark von den bekannten saisonalen Grippeviren, besonders weil es hochinfektiös sei und weil die meisten schweren und tödlichen Erkrankungen bei jüngeren Erwachsenen aufträten. Auch wenn in den meisten Fällen Nebenerkrankungen vorgelegen hätten, könnten diese nicht zur Prognose von Todesfällen herangezogen werden, da vielfach auch früher gesunde Erwachsene und Kinder verstorben seien.

Nach Zahlen aus den Vereinigten Staaten und aus Kanada zu schließen, falle die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sehr viel stärker aus als in einer gewöhnlichen Grippezeit, da sich dort die Zahl der Besuche von Notfallstationen verdoppelt habe, es eine höhere Zahl von Einweisungen in Intensivstationen gegeben habe und 10 % aller eingewiesenen Patienten künstlich beatmet worden seien, sodass sowohl das Personal als auch die Ausrüstung einer starken Belastung ausgesetzt waren.

Informationen seien auf der Website des Regionalbüros erhältlich und das Regionalbüro betreibe epidemiologische Überwachung durch das EuroFlu-Netzwerk, das wöchentlich Daten veröffentlichte und an das globale Surveillance-Netzwerk in Genf übermittle sowie Daten aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)

an das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) weiterreiche.

In Ländern, in denen sich das neue Virus bereits festgesetzt habe, müssten Verdachtsfälle nicht mehr getestet werden; man empfehle dort, jede grippeähnliche Erkrankung der Pandemie H1N1 2009 zuzuordnen. In der aktuellen Empfehlung werde betont, dass eine antivirale Therapie Risikogruppen oder Personen mit schwerer Erkrankung vorbehalten bleiben solle.

Auch wenn ein Großteil der Bevölkerung in der Europäischen Region in Ländern lebe, wo die Versorgung mit Impfstoffen voraussichtlich durch Vorverträge, örtliche Herstellungskapazitäten oder Vorräte der WHO im Rahmen GAVI-Allianz gesichert werden könne, sobald die Impfstoffe erhältlich seien, suche man noch gemeinsam mit UNICEF, der EU und anderen Partnern nach Möglichkeiten denjenigen Ländern mittleren Einkommens einen Zugang zu Impfstoffen zu verschaffen, die ihren Bedarf nicht selbst decken könnten.

Die Länder, die zu einem frühen Zeitpunkt von der Pandemie betroffen waren, hätten schon einige Erfahrungen darin gesammelt, welche Herausforderung die Verständigung mit der Öffentlichkeit und den Medien darstelle; man müsse ein ausgewogenes Verhältnis finden zwischen einer Beruhigung der Menschen und dem Vermeiden von Gleichgültigkeit.

In einem Podiumsgespräch berichteten Vertreter aus Mitgliedstaaten, darunter drei mit einem erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der Todesfälle in der Region, von ihren Erfahrungen. Der Leitende Medizinalbeamte des Vereinten Königreichs legte dar, dass sich die Eindämmung anfangs als nützlich erwiesen habe, als Schulen geschlossen und prophylaktische Behandlungen eingeleitet wurden, weil man so Zeit gewonnen habe, sich auf die großen Zahlen vorzubereiten, die später infiziert wurden. Bei der extrem hohen Belastung der Gesundheitsdienste Mitte Juli seien Triage per Telefon und Selbsteinschätzung über das Internet – im Rahmen des Pandemieplans – eingeführt worden und hätten sich bewährt. Man hoffe, dass die Impfstofflieferungen im Oktober für die prioritären Gruppen verfügbar seien.

Die Empfehlung der WHO in Bezug auf die Nichtbehandlung unkomplizierter Fälle sei etwas verwirrend, da 40 % aller Todesfälle zuvor gesunde junge Erwachsene betroffen hätten und eine Nichtbehandlung zu mehr Todesfällen führen würde, was auch von den Medien negativ dargestellt werden würde. Weitere offene Fragen bezogen sich darauf, wie man eine hinreichende Versorgungskapazität sicherstellen könne, welche Empfehlungen man Schwangeren geben solle und wie man dafür Sorge trage, dass die Botschaften in geeigneter Weise an die Medien kommuniziert würden, besonders was Fehldiagnosen und die Geschwindigkeit der Impfstoffproduktion betreffe. Die hohe Zahl der aus dem Vereinigten Königreich gemeldeten Todesfälle könne die Folge besonderer Meldeverfahren sein, die anstelle der üblichen Methode der Zählung zusätzlicher Todesfälle angewendet worden seien.

Der Direktor der Abteilung für Internationales beim israelischen Gesundheitsministerium berichtete, die Fallzahlen seien stark angestiegen, nachdem Studenten gegen Ende eines Studienjahrs aus den Vereinigten Staaten zurückgekehrt seien. Anfangs seien Eindämmungsmaßnahmen, danach der gruppenbezogene Ansatz angewendet worden. Man habe erkannt, dass nationale Alleingänge unangemessen seien und habe daher Tagungen und Übungen mit Nachbarländern durchgeführt.

Der Generaldirektor der Abteilung für internationale und nationale Gesundheit beim spanischen Ministerium für Gesundheit und Soziales stellte fest, sein Land habe ebenfalls Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie ergriffen und dadurch Zeit gewonnen, welche die Gesundheitsdienste zur Organisation ihrer Gegenmaßnahmen und zur Kooperation mit WHO und ECDC hätten nutzen können. Man müsse gemeinsam vorgehen und benötigte verlässliche Daten über Krankheitsverläufe in asymptomatischen Fällen; die Tagung in Cancun (Mexiko) Anfang Juli

2009 habe bestätigt, dass in dieser Richtung gearbeitet werde. Koordinierung und Kohärenz seien insbesondere in einem dezentralisierten Land wie Spanien wichtig.

Die Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale Entwicklung der Russischen Föderation sagte, obwohl alle gemeldeten Fälle eingeschleppt worden seien und es keine Todesfälle zu beklagen gebe, könne man von einem Erfolg des effizient arbeitenden Systems aus Gegenmaßnahmen sprechen, das schon früher bei anderen Krankheiten geholfen habe. Die Russische Föderation grenze an 16 Länder und würde mit Gewissheit das Auftreten neuer Stämme bemerken. Nachdruck werde auf die Prävention durch Erziehung und Ausbildung gelegt. Zwei Referenzlabore beobachteten die Lage im Land und in anderen Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, für das auch ein Netzwerk etabliert worden sei. Forschungszentren arbeiteten an der Entwicklung von vier Impfstoffen und es habe Diskussionen über eine mögliche Ausdehnung der Herstellung auf andere Länder gegeben. Außerdem werde die Wirksamkeit von Mitteln wie Interferon im Vergleich zu Oseltamivir untersucht.

Der serbische Gesundheitsminister hob die Nützlichkeit einer transparenten Öffentlichkeitsarbeit hervor. Wöchentliche Pressekonferenzen und klare Botschaften hätten es ermöglicht, zwei Massenveranstaltungen in seinem Land durchzuführen. Den Teilnehmern seien klar verständliche Informationen gegeben worden, die zuständigen Gesundheitsfachleute hätten regelmäßig berichten müssen und man habe von der WHO und dem ECDC gute Unterstützung erfahren.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, Norwegens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen), sprach, betonte die Notwendigkeit von Flexibilität und Aufmerksamkeit für die Entwicklung der Pandemie und von einer Überprüfung und Anpassung der Pandemieplanung. Die Anstrengungen zur vollständigen Umsetzung der IGV müssten fortgesetzt werden und die Kooperation durch ein Weitergeben von Virusproben sei entscheidend. Die EU-Mitgliedstaaten seien besser denn je auf eine Pandemie vorbereitet, da vor einigen Jahren die Vogelgrippe ausgebrochen sei und seitdem einige Anstrengungen zur Vorbereitung auf den Notfall unternommen worden seien.

Vorkehrungen seien erforderlich, die es den Mitgliedstaaten von EU und EWR ermöglichen, das Regionalbüro über das Surveillance-System des ECDC mit Daten zu versorgen und so eine doppelte Meldebelastung zu vermeiden. Die EU werde, in Zusammenarbeit mit der WHO und nationalen Behörden, Wege erkunden, wie man den weniger entwickelten Ländern beim Erwerb von Impfstoffen behilflich sein könne. Weitere Maßnahmen innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssektors sowie eine ausgewogene Öffentlichkeitsarbeit trügen alle zur Bewältigung der Pandemie bei.

In einer Wortmeldung wurde ein Zentrum erwähnt, das mit dem Auftrag errichtet worden sei, die gesellschaftliche Reaktion auf die Pandemie und die Möglichkeit ihrer Beeinflussung durch Analyse und Kommunikation zu untersuchen.

Der Vertreter der Europäischen Kommission betonte, Gefahren für die Gesundheit träten global in Erscheinung, und rief daher zu einer globalen Antwort unter Einbezug aller internationalen Partner auf. Die Kommission sei im Begriff eine Mitteilung zur Pandemie H1N1 2009 herauszugeben, die sich mit den Themen Impfstoffe und Impfungen, Solidarität mit Drittländern und Öffentlichkeitsarbeit befasse. Unter Hinweis auf Artikel 57 der IGV, die Flexibilität in den Meldeverfahren ermögliche, erklärte er, dass die Europäische Kommission, das ECDC und das WHO-Regionalbüro für Europa eng zusammenarbeiteten, um den Mitgliedstaaten die Last der doppelten Meldung zu ersparen.

In Erwiderung auf die in der Aussprache genannten Punkte erklärte der Medizinische Referent für das Globale Influenzaprogramm des WHO-Hauptbüros, dass antivirale Arzneimittel bei frühzeitiger Verabreichung zwar wirksam seien, eine allgemeine Behandlung aller Fälle aber zu einem Anstieg der Nebenwirkungen führen würde, abgesehen von der möglichen Ausbildung von Resistenzen. Es könne auch sein, dass der Anteil schwerer Fälle mit Nebenerkrankungen höher als gemeldet sei, nämlich wenn diese als Nebenerkrankung und nicht als Fälle der Pandemie H1N1 2009 gemeldet würden. Die Zahlen für Schwangere seien also mit Fragezeichen behaftet; die Falldefinition sollte überprüft werden, damit Allgemeinärzte deutlich die Frühsymptome erkennen könnten und Schwangere auch dann behandeln würden, wenn diese kein Fieber hätten.

Der kommissarische Leiter der Sektion für übertragbare Krankheiten führte die finanziellen und personellen Aufwendungen für Eindämmungsmaßnahmen auf, die das Ausbreiten der Pandemie nur um Wochen verzögert hätten. Er würdigte die Bemühungen, gemeinsam mit dem ECDC eine doppelte Meldung überflüssig zu machen und zeigte sich zuversichtlich, dass das Problem durch bilaterale Gespräche gelöst werden könne.

Die Generaldirektorin betonte, wie wichtig es sei, die richtige Botschaft an die Medien zu vermitteln, insbesondere in Bezug auf eine Straffung des Zulassungsverfahrens für die Impfstoffe. Es müsse deutlich gemacht werden, dass es in Bezug auf die Sicherheit der Impfstoffe keinerlei Kompromisse geben werde, sondern dass hierbei lediglich die bürokratischen Verfahren beschleunigt würden. Sie forderte auch das Regionalbüro und die Europäische Kommission dazu auf, das Problem der Doppelmeldungen so schnell wie möglich zu lösen.

### **Wege zur Verbesserung der Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO** (EUR/RC59/8)

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses führte in das Thema Führung im Gesundheitswesen unter zwei Gesichtspunkten ein: dem nationalen und dem internationalen Aspekt. Auf nationaler Ebene entwickelten sich die Gesundheitssysteme weiter und man müsse Wege finden, die Rolle der Gesundheitsministerien zu stärken. Auf internationaler Ebene sei der Kontext ebenfalls in Bewegung und das Regionalbüro müsse sich im Verhältnis zum WHO-Hauptbüro und zu anderen internationalen Organisationen und Partnern sowie den Mitgliedstaaten entfalten. Die Abwägung und Erörterung des Themas im kommenden Jahr könne der künftigen Regionaldirektorin als Orientierungshilfe und Inspirationsquelle dienen und auf der 60. Tagung des Regionalkomitees in eine Diskussion und Resolution einmünden.

Der Direktor der Abteilung für Verwaltung und Finanzen erinnerte daran, dass man unter Führung lange nur eine Hilfsfunktion verstanden habe, dass die Debatte der vergangenen Jahre aber zeige, wie sie sich auf die Gesundheitsergebnisse auswirke. Es gebe keine klare Trennlinie zwischen der Führung im Gesundheitswesen auf nationaler und internationaler Ebene, da die Mitgliedstaaten auch über den internationalen Kontext bestimmten, wenn sie ihre eigene Rolle festlegten. Derzeit seien mehr als 100 Organisationen auf dem Gebiet der Gesundheit in der Europäischen Region tätig und dies führe zu Überschneidungen bei den Aufgaben und zu einem Wettlauf um personelle wie finanzielle Ressourcen. Das Regionalbüro wolle erfahren, wie es am besten die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten erfüllen, mit internationalen Organisationen zusammenarbeiten und seinen inneren Aufbau optimieren könne. Die Befragung habe ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Arbeit des Büros gezeigt und werde zur weiteren Feststellung genutzt werden, wo und wie Verbesserungen erfolgen sollten.

Der Leiter der Abteilung Forschungspolitik des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik stellte die Führung in der Gesundheitsforschung in der Europäischen Region im Überblick dar und definierte sie als einen Fächer aus Vorschriften, Prinzipien

und Normen guter Praxis, der für gute und bessere Forschung benötigt werde. Führung sei weit mehr als ein abstrakter Begriff, sie sei in der Gesundheitsforschung eine praktische Notwendigkeit.

Die WHO-Strategie für die Gesundheitsforschung solle dafür sorgen, dass die Forschung auch den prioritären gesundheitlichen Bedürfnissen entspreche. Die Forschung neige dazu, sich auf gewisse Länder und Gebiete der Welt zu konzentrieren, wodurch manchen wichtigen Gesundheitsproblemen in der Europäischen Region nur wenig Beachtung geschenkt werde. Man müsse mit Nachdruck ethische Forschung in der gesamten Region ermöglichen und fördern. Es sei wichtig, klinische Versuche und ihre Protokolle von vorneherein zu registrieren, damit Verzerrungen vermieden und Metaanalysen der Gesamtwirkung möglich würden. Der Datenschutz müsse mehr Beachtung finden; in den Vereinigten Staaten seien weitaus mehr anonymisierte Daten verfügbar. Der Austausch biologischer Proben sei notwendig, erfordere aber internationale Zusammenarbeit und die Standardisierung der Protokolle. Forschungskapazitäten müssten aufgebaut werden, damit man im Notfall schnell eingreifen und sicherstellen könne, dass die richtigen Lehren gezogen würden. Es solle eine Analyse der Führung in der Forschung in der Europäischen Region, der bestehenden Forschungslücken und der Wege zu ihrer Schließung erstellt werden; die Ergebnisse und Argumente könnten einen Beitrag zum Weltgesundheitsbericht 2012 bilden, der sich auf das Thema Gesundheitsforschung konzentrieren werde.

In einem Podiumsgespräch mit Vertretern anderer auf dem Gebiet der Gesundheit tätiger Organisationen wurde deren Rolle mit der des Regionalbüros verglichen. Der Leiter der Abteilung für Gesundheit des Europarates erklärte, dass Gesundheit Teil der grundsätzlichen Aufgaben seiner Organisation für Menschenrechte und Demokratie sei. Einige Übereinkommen und die Europäische Sozialcharta enthielten Abschnitte zum Gesundheitsschutz und es gebe Ausschüsse, die Gesundheit unter dem Thema Menschenrechte in den Bereichen psychische Gesundheit und Schutz benachteiligter Gruppen behandelten. Der Ansatz des Rates erinnere an das Rahmenkonzept Gesundheit für alle und das Potenzial seiner 47 Mitgliedstaaten könne beim Aufbau einer Gesundheitsversorgung mit menschlichem Antlitz helfen.

Der Ko-Direktor des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik erläuterte, das Observatorium sei eine Denkfabrik, die Wissen bündele und auf Wunsch der Regierungen auch praktische Ratschläge anbiete. Das Regionalbüro solle seine Rolle im Vergleich zu anderen auf dem Gebiet der Gesundheit tätigen Organisationen bestimmen, seine einzigartigen Funktionen erkennen und Bereiche benennen, in denen sich die Arbeit ergänze oder überschneide, und dann für letztere versuchen, eine eindeutige Zuständigkeit festzulegen. Im Rahmen der WHO verfüge das Regionalbüro über einen Wissensschatz, der es ihm ermögliche, Denkfabrik für die gesamte Organisation zu werden.

Der Direktor der Abteilung für öffentliche Gesundheit und Risikobewertung bei der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission erläuterte, dass viele Gremien und Agenturen der EU in Bereichen arbeiteten, die thematisch mit Gesundheit zu tun hätten. Die einzelnen europäischen Verträge enthielten alle eine gesundheitspolitische Dimension, die Kommission selbst verfolge eine auf fünf Jahre angelegte Gesundheitsstrategie und diskutiere gegenwärtig das Thema der globalen Gesundheit. Besonders in der aktuellen Wirtschaftskrise müssten Wege gefunden werden, wie die internationalen Organisationen zusammen für die Gesundheit arbeiten könnten. Das WHO-Regionalbüro für Europa sei für die Gesundheitsfachwelt quasi ein Warenzeichen. Es könne sich daher vielleicht sinnvoll überlegen, welche Art von Erzeugnissen es herstellen wolle und wer seine Kunden seien.

Der Leitende gesundheitspolitische Berater der Weltbank erinnerte an die Geschichte seiner Organisation: Sie sei nach dem Zweiten Weltkrieg für den Wiederaufbau Europas gegründet geworden, später habe man ihr die Förderung der globalen Entwicklung aufgetragen. Die Weltbank sei erst seit 25 Jahren auf dem Gebiet der Gesundheit tätig, sie habe jedoch deutlich die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Vorgehensweise erkannt und verfüge über Fachwissen

in allen Bereichen, die zu Gesundheit beisteuerten. Darüber hinaus besitze sie im Bereich der Finanzierung eine Doppelfunktion, wobei sie durch eigene Einnahmen finanziell in stabiler Verfassung sei, also nicht von Beiträgen abhängig; sie sei sogar eine der größten Kreditgeberinnen der Welt im Bereich der Gesundheit. Allerdings besitze sie keinen direkten Auftrag auf dem Gebiet der Gesundheit und müsse mit einer starken WHO für bessere gesundheitliche Ergebnisse zusammenarbeiten. Das WHO-Regionalbüro für Europa müsse fähig sein, in einem dynamischen Umfeld aufzubauen und anzupassen, in der Forschung anzuführen, durch Partnerschaften zusätzlichen Nutzen zu sichern und Wahrheiten offen auszusprechen.

Zur Frage, wie die WHO die von der Forschung benötigte Führungsrolle ohne Überschneidungen mit Arbeitsbereichen anderer Organisationen optimal ausfüllen könne, stellte der Leiter der Abteilung Forschungspolitik am Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik die Überlegung an, dass die Mitgliedstaaten mit größeren Kapazitäten denen mit geringeren helfen könnten; die Regierungen würden Ratschläge begrüßen und es sei sinnvoll Systeme zu schaffen, die an die örtlichen Gegebenheiten angepasst seien. Bei seiner Anpassung an die Zukunft solle das Regionalbüro darauf achten, nicht das zu verlieren, was es bereits besitze: Die Region komme in den Genuss größerer Kapazitäten und einer engeren Zusammenarbeit als jede andere Region der WHO. Indem das Regionalbüro im kommenden Jahr das Thema Führung in der Forschung analysiere, sichere es der Europäischen Region das dynamischste Forschungsumfeld der Welt.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Serbien sowie Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, begrüßte die Initiative des Regionaldirektors, die Diskussion über künftige Reformen und die Führung des Regionalbüros zu eröffnen, und sah der Analyse der verschiedenen Optionen in den kommenden Monaten erwartungsvoll entgegen.

Eine Reihe von Delegierten sah der Erörterung der Kriterien für die Mitgliedschaft in den Leitungsgremien der WHO entgegen; angesichts der politischen Entwicklungen müssten die geografischen Gruppierungen überprüft werden. Die geografische Ausgewogenheit müsse gewahrt bleiben, nicht nur über einen längeren Zeitraum, sondern zu jedem Zeitpunkt. Man könne mehr Gewicht auf das Verfahren als auf persönliche Kriterien legen. Die angenommene Methode sollte zwar gerecht, aber nicht zu kompliziert sein.

Es könne nützlich sein, Aufgabe und Auftrag des Ständigen Ausschusses sowie eine mögliche Ausweitung seiner Befugnisse zu überdenken; er solle weiterhin eine aktive Rolle für die Schaffung eines Konsenses und die reibungslose Durchführung von Wahlen und Nominierungen spielen; neue Gedanken über Wege zur Erreichung dieses Zieles könnten diskutiert werden. Ein Redebeitrag warb auch dafür, die Exekutivratsmitgliedschaft der ständigen Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen zu überdenken und eine ausgewogene Lösung zu finden. Insbesondere für den Exekutivrat, in dem Mitglieder aus der Europäischen Region die Interessen der Region vertreten sollten, sei die geografische Ausgewogenheit wichtig.

In einem Beitrag wurde angemerkt, dass die Prioritäten des Regionalbüros in den kommenden Jahren mit denen der WHO insgesamt übereinstimmen: Stärkung der Gesundheitssysteme; Gesundheitspersonal, Weiterverfolgung der Arbeit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit und Bewältigung von gesundheitlicher Chancenungleichheit (hier sei ein klarer Aktionsplan für die Region erforderlich), Gesundheitssicherheit und Lernen aus der Pandemie H1N1 2009 sowie Vorbereitung auf die Auswirkung des Klimawandels auf die Gesundheitssysteme (wo das Regionalbüro bereits gute Arbeit leiste).

Die Beziehungen zwischen Regionalbüro und WHO-Hauptbüro seien wichtig, wobei die Stimmigkeit zwischen globalen und regionalen Prioritäten den Ansatz der „einen WHO“ stärke. In

diesem Zusammenhang sollten das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten auch in den einzelnen WHO-Foren und in externen Veranstaltungen widerspruchsfrei die Botschaft von den Prioritäten der Region vermitteln.

In einer Wortmeldung wurde gesagt, das Regionalbüro könne anderen Regionalbüros als Modell dienen, weil es die größte Sachkompetenz anziehe und auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten reagiere. Die Probleme und Erfordernisse der Länder in der Region könnten stark variieren, doch sei dies eher eine Stärke als eine Schwäche und das Regionalbüro könne allen Nutzen bringen.

Eine Reihe von Rednern und Rednerinnen stimmte zu, dass Partnerschaften für die Arbeit des Regionalbüros wichtig seien und auch für die Mitgliedstaaten von Nutzen sein sollten. Die Aufgabe, der Auftrag und das Portfolio des Regionalbüros sollten in Bezug auf andere im Bereich Gesundheit tätige Organisationen in Europa überprüft werden, damit eine Doppelung der Arbeit vermieden und eine optimale Ausnutzung der Ressourcen gesichert werde.

Die Analyse der oben genannten Fragen durch den Ständigen Ausschuss unter Beteiligung der Mitgliedstaaten könne einen konstruktiven Ausgangspunkt für die künftige Regionaldirektorin bilden und eine solide Grundlage für die Erörterungen und Beschlüsse der 60. Tagung des Regionalkomitees sein.

In seiner Antwort auf die Beiträge stimmte der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen zu, dass der Zeitpunkt richtig sei, Situationen und Sichtweisen zu untersuchen und zu analysieren. Die Agenda solle von den Mitgliedstaaten bestimmt werden, die den Dialog deutlich begrüßt hätten, und sich auf Aufgabe und Auftrag des Ständigen Ausschusses sowie das Verhältnis des Regionalbüros zum WHO-Hauptbüro konzentrieren. Man wolle untersuchen, wie sichergestellt werden könne, dass die Mitgliedstaaten und das Büro innerhalb der WHO und gegenüber anderen internationalen Organisationen mit einer Stimme sprächen. Der internationale Kontext müsse genauer bestimmt und die Rolle der WHO hierin neu bewertet werden, wobei man die Dynamik des Umfeldes berücksichtigen müsse. Es gebe im kommenden Jahr viel Material zu bearbeiten.

Vertreter von Alzheimer's Disease International und der Internationalen Diabetes-Föderation gaben Erklärungen ab.

### **Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region (einschließlich grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften: Entwurf eines globalen Verhaltenskodexes)**

*(EUR/RC59/9, EUR/RC59/Conf.Doc./3, EUR/RC59/BD/1)*

Bei seiner Einführung in den Tagesordnungspunkt erläuterte das vortragende Mitglied des SCRC, zwar benötigten alle Mitgliedstaaten ausreichend Gesundheitspersonal mit den richtigen Qualifikationen, die bedarfsgerecht eingesetzt seien und unter angenehmen Beschäftigungsbedingungen arbeiteten, doch seien sie auf diesem Gebiet mit einem breiten Spektrum von Sachfragen konfrontiert. Neben der Überprüfung von Gehältern und Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte hätten die Regierungen in der Europäischen Region auch eine grundlegende politische Herausforderung zu bewältigen: die Migration von Ländern mit niedrigerem Einkommen in wohlhabendere Länder. Während dieser Trend für letztere Gruppe die Lösung bei Personalengpässen und einer ungünstigen Verteilung von Qualifikationen bedeuten kann, steht in ersten Ländern u. U. das Recht der Bevölkerung auf Gesundheit auf dem Spiel. Die Entwicklung des Entwurfs eines Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften werfe die Frage auf, auf welcher Ebene die Mitgliedstaaten konsultiert würden, welche Werte der Kodex enthalten solle und wie diese zu verwirklichen seien. Die

Mitgliedstaaten könnten die Diskussion während des Regionalkomitees dazu nutzen, solche Fragen zu erörtern.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder gab einen Überblick über die seit Verabschiedung der Resolution EUR/RC57/R1 durch das Regionalkomitee im Jahr 2007 insbesondere vom Regionalbüro geleistete Arbeit sowie über die wichtigsten zu behandelnden Sachfragen. Die Gestaltung personalpolitischer Konzepte im Gesundheitsbereich erfolge in einem globalen Kontext von Herausforderungen und Chancen, zu denen die Globalisierung der Arbeitsmärkte und die Finanzkrise gehörten, sowie in einem europäischen Kontext, der durch demografische und epidemiologische Veränderungen, neue Technologien, Organisations- und Strukturreformen in den Gesundheitssystemen und das sich wandelnde politische und ökonomische Umfeld gekennzeichnet sei. Für die Mitgliedstaaten bestehe nicht nur bei Themen wie einer unausgewogenen Verteilung und Qualifikation von Gesundheitsfachkräften, ungünstigen Arbeitsbedingungen, niedrigen Gehältern und einer unzureichenden Wissensbasis noch Handlungsbedarf, sondern sie stünden inzwischen auch noch neuen Herausforderungen gegenüber: Arbeitskräfteflexibilität, Patientenmobilität, wachsende Engpässe, unkontrollierte Migration, unzureichende Planung, wachsende Bedeutung des Privatsektors und die Auswirkungen von Innovation. In der Charta von Tallinn würden die Mitgliedstaaten aufgefordert, sich durch langfristige Planung und Investitionen Gesundheitsfachkräfte mit den erforderlichen Qualifikationen zu sichern und die grenzüberschreitende Anwerbung von Fachkräften auf ein erforderliches Mindestmaß zu beschränken und dabei auf ethische Gesichtspunkte zu achten. Das Regionalbüro habe sich verpflichtet, den Mitgliedstaaten bei der Steuerung der Migration von Gesundheitsfachkräften behilflich zu sein; dies solle durch einen kontinuierlichen Grundsatzdialog zwischen Ausgangs- und Zielländern, einen Informations- und Erfahrungsaustausch, eine sektorübergreifende Zusammenarbeit und durch Kontakte mit allen maßgeblichen Partnern, wie das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat), die OECD sowie innerhalb der WHO das Hauptbüro und das Regionalbüro für Afrika, geschehen. Da die Migration sowohl durch Push-Faktoren in den Ausgangsländern als auch durch Pull-Faktoren in den Zielländern bestimmt werde, müsse zwischen diesen beiden Polen ein Gleichgewicht hergestellt werden.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitspersonal beim WHO-Hauptbüro unterrichtete das Regionalkomitee über den Prozess der Ausarbeitung des Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und umriss die von der WHO zugrunde gelegten Überlegungen. Zu den wichtigsten Etappen seit Beginn des Prozesses im Jahr 2004 hätten Beratungen im Exekutivrat und in der Weltgesundheitsversammlung mit einer Vielzahl von Partnern aus verschiedenen Bereichen sowie auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme und im Rahmen der Gruppe der wichtigsten Industrienationen (G-8) gehört. Diese Diskussionen hätten sich in einer positiven Atmosphäre abgespielt, seien sehr aufschlussreich gewesen und hätten Unterstützung auf oberster Ebene für eine Fertigstellung des Verhaltenskodexes erhalten. Die Beiträge der Mitgliedstaaten der Region und die Rolle des Regionaldirektors bei der Förderung eines die Regionen übergreifenden Dialogs hätten eine beträchtliche Dynamik ermöglicht. Der Entwicklungsprozess befinde sich nun in dem Stadium, in dem die Regionalkomitees der WHO konsultiert würden. Es müsse ein globaler Verhaltenskodex verabschiedet werden, auch wenn nationale und regionale Kodices bereits existierten, da dies eine Frage von weltweitem Interesse sei. Die WHO könne hier die erforderliche Führungsrolle übernehmen, und der Verhaltenskodex werde der einzige globale Rahmen für eine internationale Zusammenarbeit auf diesem Gebiet wie auch ein einzigartiges Forum für einen weltweiten Dialog sein. Die Mitgliedstaaten hätten in einer Reihe von Sachfragen zu dem Verhaltenskodex immer noch Meinungsunterschiede. Ob hier wohl Fortschritte in Richtung einer Fertigstellung möglich seien?

In einer Podiumsdiskussion schilderten eine Reihe von Delegierten aus Ausgangs- wie Zielländern ihre jeweilige Sichtweise und berichteten über einschlägige politische Maßnahmen ihrer Länder. Als Vorsitzender wies der Exekutivdirektor der Global Health Workforce Alliance dar-

auf hin, dass eine große Anzahl von Gesundheitsfachkräften in die Europäische Region einwandere oder zwischen bzw. innerhalb von Mitgliedstaaten der Region den Standort wechsle. Eine Stabilisierung dieser Migrationsströme sei von entscheidender Bedeutung. Die Einzelnen hätten einerseits ein Recht auf Bewegungsfreiheit, andererseits aber auch eine Verpflichtung gegenüber ihren Herkunftsländern, vor allem wenn sie auf deren Kosten ausgebildet worden seien. Ein Verständnis der Push- und Pull-Faktoren sei unerlässlich; ebenso müsse Klarheit darüber bestehen, dass Länder, die qualifiziertes Personal verlören, den Zielländern unfreiwillig ein Geschenk machten, das für ihre eigenen Gesundheitssysteme eine Bedrohung bedeute.

Die Gesundheitsministerin der Republik Moldau schilderte Projekte aus ihrem Land zur Verhinderung von Abwanderung als Teil einer systematischen Anstrengung zur Stärkung des Gesundheitssystems; diese beinhalte eine gezielte Migrationspolitik, die Einführung einer Krankenversicherung, die Bereitstellung einer Versorgung für ländliche Gebiete, Subventionen für Gesundheitsleistungen und eine Verbesserung der Ausbildung. Durch diese Maßnahmen habe sich die medizinische Grundversorgung verbessert und sei das Interesse an der Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte (und insbesondere der Ärzte) und ihrem Berufsprestige deutlich gestiegen. Die Republik Moldau habe auch bei der WHO Mittel für die Unterstützung der Ausbildungsmaßnahmen beantragt. Das Land benötige noch Leitlinien für die Bindung von Fachkräften und arbeite zusammen mit Partnern wie der Internationalen Organisation für Migration (IOM) an der Erhebung von Informationen über die Auswirkungen der Migration auf Länder und Migranten. Zu diesem Thema würden ein Dialog und ein Berichtswesen benötigt, um Indikatoren und Ressourcen für wirksame Gegenmaßnahmen ermitteln zu können. Die Republik Moldau unterstütze Bemühungen zur Schaffung eines Gleichgewichts zwischen dem Wert der einheimischen Fachkräfte für andere Länder und den Bedürfnissen des Landes selbst.

Der Unterstaatssekretär im polnischen Gesundheitsministerium ging auf die Nachfrage nach Ärzten im Gesundheitssystem ein, was ein wesentlicher Bestandteil der Initiative der WHO zur Migration wie auch des Grünbuchs der EU über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa sei. Die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in der EU machten ein Handeln auf lokaler, nationaler, regionaler und gemeinschaftlicher Ebene erforderlich. Da auf das Gesundheitspersonal direkt oder indirekt ca. 70 % der Gesundheitsausgaben entfielen, hielten die WHO, die EU, andere Organisationen und die Gesundheitsministerien eine umsichtige Personalplanung und -entwicklung für sinnvoll. Bei der Nachfrageplanung für Gesundheitspersonal müsse der Faktor Migration gebührend berücksichtigt werden. Der Politikrahmen für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen müsse Maßnahmen zur Sicherung einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Ärzte beinhalten, bei denen der Zugang zur Ausbildung und zur allgemeinen Weiterbildung sowie zur Facharzt Ausbildung erleichtert und deren Qualität verbessert werde und bei denen die Gesundheitssysteme an die Bedürfnisse alternder Gesellschaften angepasst würden. Zur Bewältigung der erwarteten Engpässe bei Pflegekräften sollten Verfahren entwickelt werden, die im Ruhestand befindlichen Pflegekräften eine Rückkehr ins Berufsleben ermöglichen. In ihrer Stellungnahme zum Grünbuch habe die polnische Regierung die Initiative begrüßt, ihre Unterstützung für Maßnahmen zur Sicherung der Verfügbarkeit von Ärzten signalisiert und betont, solche Maßnahmen dürften keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme von Ländern außerhalb der EU haben.

Die Generaldirektorin im Ministerium für Gesundheit und Soziales Norwegens begrüßte es, dass das WHO-Hauptbüro und das Regionalbüro der entscheidenden Thematik der Migration in der weltweiten gesundheitspolitischen Agenda einen hohen Stellenwert eingeräumt hätten. Inzwischen sei genug über die Thematik bekannt, um einen klaren Handlungsbedarf erkennen zu können. Da von ihren Auswirkungen jedes Land betroffen sei, müssten auch alle zur Lösung beitragen und die zu erwartenden Folgen ihrer eigenen Personalpolitik im Gesundheitswesen auf andere Länder eingehend analysieren. Die WHO müsse auch weiterhin eine führende Rolle spielen. Die Kosten für Gesundheitspersonal hätten Norwegen dazu veranlasst, diese Thematik im Rahmen seiner Bemühungen um ein nachhaltigeres Gesundheitssystem anzugehen. Die nor-

wegische Regierung habe sich dazu verpflichtet, die prognostizierten Engpässe nicht auf Kosten ärmerer Länder zu beseitigen. In der Erkenntnis, dass ausländische Arbeitskräfte für das nationale Gesundheitswesen unverzichtbar werden könnten, habe die Regierung vier Grundsätze für die Gestaltung von Handlungskonzepten benannt und sei der Ansicht, dass diese auch in internationalen Mechanismen wie dem Entwurf des Verhaltenskodexes der WHO ihren Niederschlag finden sollten. Erstens sollten alle Länder so weit wie möglich ihren Bedarf aus eigener Kraft decken. Dazu würden Pläne benötigt, die sich an den prognostizierten Engpässen orientierten, wofür wiederum die Erhebung entsprechender Daten erforderlich sei. Die Regierung werde beim Ausbau der Kapazitäten primär auf Maßnahmen im eigenen Land setzen. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen benötige jedes Land ein nachhaltiges Konzept. Die anderen Grundsätze lauteten: Anregung und Erweiterung einer Diskussion über Aufgabenverlagerung und andere innovative Wege zur Schaffung kosteneffektiverer Methoden der Leistungserbringung; Verzicht auf aktive Anwerbung in ärmeren Ländern, sofern keine ausgewogenen bilateralen, regionalen oder multilateralen Vereinbarungen bestehen; und gezielte Ausrichtung von Entwicklungshilfe auf die Ausbildung von Gesundheitspersonal und damit Beitrag zur Stärkung der Gesundheitssysteme der Empfängerländer. Die Akzeptanz dieser Grundsätze und die Annahme des dazugehörigen Resolutionsentwurfs durch das Regionalkomitee werde die Debatte im Exekutivrat sowie in der Weltgesundheitsversammlung beflügeln.

Der Direktor der Abteilung Internationale Angelegenheiten im israelischen Gesundheitsministerium warf eine Schlüsselfrage auf: Wie viele Ärzte braucht ein Land? Israel benutze den Durchschnittswert der OECD von 3 pro 1000 Einwohner. Es benötige aber mehr Informationen – z. B. über die Zahl israelischer Absolventen medizinischer Fakultäten, die im Ausland arbeiteten –, um den prognostizierten Ärztemangel und die Alterung der Ärzteschaft bewältigen zu können und um eine Bindung der einheimischen Gesundheitsfachkräfte zu gewährleisten.

Die Referatsleiterin aus der Direktion für Krankenhauswesen und Organisation der Gesundheitsversorgung im französischen Ministerium für Gesundheit und Sport brachte die Unterstützung ihres Landes für die Initiative der WHO zur Bewältigung der Personalprobleme im Gesundheitswesen auf globaler Ebene zum Ausdruck. Der Verhaltenskodex der WHO sei notwendig, um das Recht der Länder auf Gesundheit zu schützen, doch würden noch andere Instrumente benötigt, um ein Übermaß an Migration zu verhindern. Zur Stärkung der Gesundheitssysteme der Ausgangsländer sei internationale Zusammenarbeit erforderlich. Frankreich verfüge über bilaterale Abkommen mit verschiedenen afrikanischen Ländern, um ihnen bei der Planung ihrer Fachkräfteausbildung behilflich zu sein, damit sie ihre Bevölkerung versorgen könnten, um die Ausbildung von Fachkräften in Frankreich zu regeln und den Ländern dabei zu helfen, Fachkräfte für ländliche Gebiete zu gewinnen. Der Verhaltenskodex der WHO solle den Mitgliedstaaten dabei helfen, bei ihrer Personalplanung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit einer Anwerbung im Ausland zu begrenzen. Durch ein neues Gesetz solle Frankreich in die Lage versetzt werden, dieses Ziel durch Förderung einer günstigeren Verteilung seiner reichlich vorhandenen Fachkräfte zu erreichen; so betrage die Ärztedichte im Land 347 pro 100 000 Einwohner. Ein Planungsprozess ermögliche es einzelnen Regionen, Personalengpässe zu identifizieren, und biete Ärzten Anreize für einen Umzug in diese Gebiete. Mit verbindlichen „Solidaritätsverträgen“ könnten Ärzte ggf. auch zum Umzug gezwungen werden, wenn eine Bestandsaufnahme nach drei Jahren ergebe, dass ein entsprechender Bedarf bestehe. In ähnlicher Weise gebe es eine staatliche Vereinbarung mit den Pflegekräften, die diesen einen Umzug in Gebiete mit Personalüberschüssen verbiete.

Der Referent aus dem irischen Ministerium für Gesundheit und Kinder begrüßte die Arbeit der WHO und ihrer Mitgliedstaaten zur Ausarbeitung des Verhaltenskodexes und warf die Frage auf, ob der Kodex bilaterale und multilaterale Vereinbarungen befürworten solle. Die internationale Politik müsse auf der Politik der Länder aufbauen. Das EU-Grünbuch zeige die Komplexität der Migrationsproblematik auf, indem es die Vor- und Nachteile für die Länder wie auch die Fachkräfte selbst erläutere. Irland habe einen ethisch begründeten Verhaltenskodex für die

Anwerbung von Pflegekräften und anderen Gesundheitsfachkräften entwickelt und angewandt. In dem aktuellen wirtschaftlichen Klima habe es die Anwerbung reduziert, da das einheimische Angebot ausreichend sei. Irland habe auch eine Reihe von Grundsätzen für das Gesundheitspersonal eingeführt. Erstens sollten Personalkonzepte nachhaltig sein und sowohl Zahlen als auch den Qualifikationsmix regeln. Die medizinische Ausbildung und die Leistungserbringung müssten reformiert werden, insbesondere angesichts sich verändernder Aufgaben der Leistungsanbieter. Irland habe die Regulierung des Gesundheitspersonals überprüft. Die Mitgliedstaaten sollten Personalplanungsstrategien ausarbeiten und sie in die übergeordnete Leistungs- und Finanzplanung der Gesundheitssysteme einbinden. Schließlich habe Irland vor Kurzem eine Bestandsaufnahme aller Leistungsanbieter im Gesundheitsbereich nach Kategorie vorgenommen, um Angebot und Nachfrage in den kommenden Jahren bestimmen zu können – mit dem Ziel, den Fachkräftebedarf aus eigener Kraft zu decken.

Zu Ende der Podiumsdiskussion fasste der Vorsitzende die Ergebnisse zusammen und bemerkte, dass die Länder in dem kritischen Bereich der Migration von Fachkräften eine kollektive Verpflichtung zum Handeln hätten. Sie müssten dabei einen umfassenden Ansatz verfolgen, bei dem Zahl und Verteilung der Fachkräfte berücksichtigt würden, und Pläne erstellen, ausreichende Mittel bereitstellen, Migrationsströme überwachen und einen Erfahrungsaustausch gewährleisten. Die wohlhabenderen Länder sollten den übrigen unter die Arme greifen. Die Migration sei eine Konstante, und das Ziel könne nicht darin bestehen, sie zu unterbinden, sondern nur darin, sie so zu steuern, dass das Ergebnis einheimischen wie auch weltweiten Bedürfnissen gerecht werde.

In der sich anschließenden Aussprache verliehen fast alle Redner ihrer Unterstützung für den Verhaltenskodex der WHO und den Resolutionsentwurf Ausdruck; mehrere Redner lobten den Bericht des Sekretariats in Dokument EUR/RC59/9 und einige dankten dem Regionalbüro für die zu diesem Thema seit 2007 geleistete Arbeit. Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina und Serbien sowie Armeniens, Georgiens und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, stellte fest, dass der Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal für die Europäische Region ein wachsendes Problem darstelle, dass die Migration für die afrikanischen Ländern südlich der Sahara jedoch eine echte Krise geschaffen habe. Die politisch sensible Aufgabe bestehe darin, eine tragfähige Balance zwischen einer guten und zugänglichen Versorgung für jedermann und dem Recht des Einzelnen auf Verlassen seines Heimatlandes zu finden. In der Europäischen Region seien sowohl Herkunfts- als auch Zielländer zu finden; das zeige die Komplexität und die Notwendigkeit einer koordinierten Herangehensweise an das Thema. Die Länder müssten personalpolitische Strategien für den Gesundheitsbereich entwickeln, doch sei auch ein Handeln auf internationaler Ebene erforderlich. Zu solchen Maßnahmen habe die Anwendung der Entwicklungshilfe wohlhabenderer Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern gezählt. Daneben seien eine Erhebung zeitnaher und präziser Daten sowie die Abwägung von Melde- und Beobachtungserfordernissen gemäß der Freiwilligkeit des Kodexes eine Voraussetzung für weitere Fortschritte.

Wie schon auf der Tagung des WHO-Exekutivrats im Januar 2009 begrüßte die EU den Vorschlag eines WHO-Verhaltenskodexes, unterstützte den Resolutionsentwurf und ermunterte die WHO zur Fortsetzung der Arbeit mit dem Thema. Ein freiwilliger Verhaltenskodex eröffne den Ländern einen Weg zur Optimierung der Umsetzung gemäß den variierenden Strukturen und Organisationsprinzipien ihrer Gesundheitssysteme. Die vielen Migrationsarbeiter in den Krankenhäusern der EU-Mitgliedstaaten legte diesen eine besondere Verantwortung auf und das hätten sie auch anerkannt, indem sie sowohl versuchten eine hochwertige Gesundheitsversorgung anzubieten, als auch die Auswirkungen auf Gesundheitssysteme der Länder außerhalb der EU zu begrenzen. Solche Bemühungen seien in der Handlungsstrategie der EU in Bezug auf die

Personalkrise in den Gesundheitssystemen der Entwicklungsländer von 2005, im Aktionsprogramm von 2006 zur Bewältigung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen dieser Länder und im Grünbuch von 2008, das sich auf die im WHO-Bericht erwähnten ethischen Prinzipien beziehe, artikuliert worden.

Die Arbeit der WHO für einen Verhaltenskodex zur grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitsfachkräften gäben einen Rahmen ab, innerhalb dessen die EU ihre Bemühungen innerhalb der EU sowie der Europäischen Region und auf globaler Ebene aufrechterhalten und verstärken könne. Die WHO biete ein unverzichtbares Forum für Verhandlungen. Der Resolutionsentwurf und die Entwicklung des Kodex seien wichtige Schritte auf dem Weg zu einer gemeinsamen Lösung, mit der kurzfristig die negativen Auswirkungen der Migration abgefedert und langfristig die schwachen Gesundheitssysteme gestärkt werden könnten.

Mehrere Delegierte begrüßten die Erklärung der EU und unterstützten ihre Prinzipien. Viele Redner schilderten die Lage in ihrem Lande und die Bemühungen um den Aufbau eines nachhaltigen Angebots an Gesundheitsfachkräften. Die Zielländer ergriffen Maßnahmen wie die modellhafte Berechnung des Bedarfs an Gesundheitspersonal für das kommende Jahrzehnt oder darüber hinaus, die Verabschiedung neuer Gesetze und die Entwicklung einer Ausbildungs- und Anwerbepolitik. Die Herkunftsländer litten unter Personalmangel (der nicht nur aus Migration herrühre) und Verteilungsproblemen, die sich auf das Angebot und die Qualität der Versorgung auswirkten. Einige Länder hätten Schritte ergriffen, um ihr Personal zu halten und den Personalmangel sowie, in einigen Fällen, die Abhängigkeit von der Immigration abzubauen. In zwei Redebeiträgen wurde angeregt, die Verwendung der „Blue Card“, welche Ärzten das Praktizieren in der EU ermögliche, genau zu verfolgen. Mehrere Delegierte schilderten das Spektrum der durch Migration in ihren Ländern entstehenden Probleme, darunter die Abwanderung ausländischen Personals, die Landflucht von Gesundheitspersonal oder die Suche des Gesundheitspersonals nach einer Beschäftigung außerhalb des Gesundheitssektors.

Mehrere Delegierte regten als nächste Schritte die schnellstmögliche Fertigstellung des Kodex durch die Weltgesundheitsversammlung 2010 an und äußerten die Hoffnung, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Region einen Konsens erzielen oder sogar gemeinsam auf der nächsten Tagung des Exekutivrats Stellung beziehen könnten. In drei Redebeiträgen wurde nach den Ergebnissen der Konsultationen in anderen WHO-Regionen, namentlich in der Afrikanischen Region, gefragt. Sie fragten auch, wann und wie die Konsultation der Mitgliedstaaten der Europäischen Region durchgeführt werde, und äußerten die Hoffnung, dass hierfür eine allgemeine Zusammenkunft durchgeführt werde, so wie es beim Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs der Fall gewesen sei. Andere sprachen Fragen der Umsetzung des Kodex nach dessen Annahme an. In einem Beitrag wurde angeregt, dass sich die Mitgliedstaaten selbst zu den Prinzipien und Maßnahmen des Aktionsplans verpflichten sollten, auch wenn er auf Freiwilligkeit beruhe. In einem weiteren Beitrag wurden die Mitgliedstaaten aufgefordert, bei der Auswahl einer optimalen Antwort auf den Kodex die Richtlinie 2005/36/EC über die Anerkennung von Berufsqualifikationen von Europaparlament und Rat in ihre Überlegungen einzubeziehen.

Als weitere Schritte des Regionalkomitees und der WHO wurden genannt: die Harmonisierung und Standardisierung von Daten und Indikatoren zum Arbeitskräfteangebot; die Minimierung der Unterschiede in den Berufs- und Qualifikationsprofilen der Mitgliedstaaten für Gesundheitspersonal; die Formulierung von Datenerhebungsverfahren zur Gewinnung von Informationen über die Migration, insbesondere auf nationaler Ebene; die Entwicklung von Leistungskriterien im Rahmen der Charta von Tallinn; der Aufbau von flexiblen Strukturen zur Erleichterung des Informationsaustausches unter den Ländern; die Stärkung der nationalen personellen Kapazitäten. Daneben wäre es nützlich, wenn das Regionalkomitee die Frage der informellen Versorgung, insbesondere von alten Menschen, durch Immigranten, deren Ausbildung und Qualifikation nicht bekannt seien, aufgriffe.

Es wurde angeregt, die WHO möge den Kodex überarbeiten, sodass er die aktuelle wirtschaftliche Lage mit abbilde. Die Migration müsse beobachtet werden, damit genauere Daten zur Verfügung stünden und damit die Abwanderung nicht die Versorgung der Landbevölkerungen gefährde. Als Antwort auf die Krise müssten die Länder Maßnahmen ergreifen wie: die Vereinbarung von Regeln mit ihrem Gesundheitspersonal; eine Personalführung auf Grundlage der Bedingungen des Landes und des internationalen Arbeitsmarktes; die Bewertung von Qualität und Quantität des Personals in den Ländern und auf dem internationalen Arbeitsmarkt (unter Verwendung der durch die WHO hierzu gelieferten Daten); die Bewertung der Gesetzesgrundlagen; die Beobachtung der Gesundheitsfachkräfte in dem Land; die Erarbeitung methodischer Hilfen.

In einem anderen Beitrag wurde angeregt, das Regionalkomitee solle die offenen Fragen im Zusammenhang mit dem Verhaltenskodex diskutieren, welche in Dokument EUR/RC59/BD/1 angesprochen würden, nämlich: ob eine Begrenzung der Anwerbung aus Ländern mit bedrohlichem Arbeitskräftemangel empfohlen werden solle; ob bi- und multilaterale Vereinbarungen nach dem Prinzip des gegenseitigen Nutzens gefördert werden sollten; ob Kompensationen der Zielländer an die Herkunftsländer empfohlen werden sollten; ob das Konzept der nationalen Nachhaltigkeit im Bereich der Personalpolitik enthalten sein solle.

Der WHO-Regionaldirektor für Afrika erläuterte, dass die Migrationskrise zwar die afrikanischen Länder am stärksten belaste, dass die afrikanischen und europäischen Länder gleichwohl vor ähnlichen Problemen stünden und ihre Anstrengungen zu deren Lösung verstärken müssten. Das Regionalkomitee für Afrika habe empfohlen, dass die Mitgliedstaaten Konzepte und Strategien für das Gesundheitspersonal entwickeln und umsetzen sollten, mit Schwerpunkten auf: dem Festhalten an ausgebildetem Personal; der Verbesserung von Entlohnung und Arbeitsbedingungen; der Verwendung von Anreizen; besseren Absprachen mit bi- und multilateralen Organisationen zur Verringerung der Migration aus der Region heraus; der Ausweitung der Ausbildung und der Anpassung der Qualifikationen an die Bedürfnisse der Länder; der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Finanzministerium und anderen Sektoren zur Entwicklung und Verbesserung der Personalführung im Gesundheitssektor. Der Verhaltenskodex der WHO solle die aktive und kommerzialisierte Abwerbung verhindern und die Rechte immigrierter Gesundheitsfachkräfte schützen. Der Kodex bedeute einen großen Schritt vorwärts, müsse aber gegebenenfalls noch verbessert werden, um den Bedürfnissen der Länder besser gerecht zu werden. Die WHO werde gebeten, die Fachunterstützung für Fragen zum Thema Gesundheitspersonal fortzuführen, damit die Länder diese auch im Rahmen ihrer Bemühungen um das Erreichen der MZ bewältigen könnten. Die Tagungsverläufe in Afrika und Europa deuteten darauf hin, dass genügend Gemeinsamkeiten für eine Einigung auf den Kodex vorhanden seien. Gleichwohl müssten einige Frage weiter überlegt werden. Wie könne der unverbindliche Kodex durchgesetzt werden? Wie könne sein ethischer Gehalt umgesetzt werden? Wie könne man die Betonung starker nationaler Kapazitäten mit der Erfüllung der gesundheitlichen Bedürfnisse auf internationaler Ebene in Einklang bringen.

In seiner Erwiderung begrüßte der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme der Länder die Unterstützung der Länder für den Kodex und die Resolution. Zur Gewährleistung der für den Abschluss des Prozesses erforderlichen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten werde das Regionalbüro bis zur Tagung des Exekutivrates im Januar 2010 Treffen organisieren. Eine gemeinsame Position der Europäischen Region zum Kodex sei ein lohnenswertes Ziel. Es sei erforderlich, die Migration zu beobachten, um die zusätzlichen Informationen zu gewinnen, welche die Mitgliedstaaten benötigten. Er betone noch einmal, dass das zentrale Ziel die Steuerung, nicht die Beendigung der Migration sei.

Der Direktor der Abteilung Humanressourcen für Gesundheit erinnerte daran, dass sich die Mitgliedstaaten deutlich für eine Weiterentwicklung beim Kodex ausgesprochen hätten. Das WHO-Hauptbüro höre sich die Botschaften aus allen Regionen genau an und integriere sie in seinen

Bericht an den Exekutivrat. Zur Beschleunigung des Verfahrens werde das Sekretariat eine angemessene Konsultation zum Kodex durchführen und seinem Bericht eine überarbeitete Fassung beifügen.

Vertreter der folgenden nichtstaatlichen Organisationen (NGO) gaben Erklärungen ab: Medicus Mundi International Network, Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik, Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen, das EuroPharm Forum und das Europäische Forum der Ärzteverbände und das Europäischen Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände.

Zum Abschluss der Sitzung sagte der WHO-Regionaldirektor für Europa, dass mehrere Faktoren diese besonders interessant gemacht hätten. Erstens habe jeder die Teilnahme des Regionaldirektors für Afrika zu schätzen gewusst, der ein Beleg für die komplementäre Vorgehensweise der WHO sei. Zweitens sei das Thema ein Eingangspunkt für eine weitere Betrachtung der Gesundheitssysteme und der Anwendung der Menschenrechte auf Gesundheit und auf Migration. Drittens bedeute die Diversität der Europäischen Region, dass bei der Bewältigung der internationalen Problematik der Migration von Gesundheitspersonal viele Aspekte zu beachten seien, die von den schieren Zahlen über die Menschenrechte bis zu den Fragen der Ausbildung reichten. Viertens zeige das Thema, dass Solidarität eine Voraussetzung für Sicherheit sei; die Probleme eines Landes brächten Probleme für das andere Land mit sich. Abschließend dankte er Norwegen dafür, die WHO hier zum Handeln gedrängt zu haben.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC59/R4.

### **Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO**

*(EUR/RC59/10, EUR/RC59/Conf.Doc./8)*

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees stellte fest, das Auftreten der Pandemie H1N1 2009 habe die Bedeutung der IGV unterstrichen, weil sie helfen würden, die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch die Pandemie genau zu verfolgen und zu beherrschen. Der alle Gefahren umfassende und sektorübergreifende Ansatz der IGV biete eine außergewöhnliche Chance, kostenwirksam auf den vorhandenen Kapazitäten aufzubauen; wichtige Fortschritte seien erzielt worden, doch gebe es noch Spielraum für Verbesserungen. Politische Entschlossenheit sei eine fundamentale Voraussetzung dafür, dass die nationalen Behörden mit der Umsetzung der IGV vorankommen könnten. Es gelte Lehren zu ziehen und anzuwenden. Juni 2009 sei die Frist zur Bewertung der Kernkapazitäten und zur Erarbeitung nationaler IGV-Aktionspläne ausgelaufen, doch hätten die Länder mit deren Umsetzung noch bis Juni 2012 Zeit. Bis zu diesem Zeitpunkt müssten die Kernkapazitäten vorhanden sein. Hier sei auch politische Entschlossenheit gefordert, damit die benötigten Ressourcen aufgebracht würden.

Die Geschäftsführende Direktorin der Abteilung Gesundheitsprogramme fasste die Aktivitäten und Erfolge bis dato zusammen und erinnerte daran, dass die IGV 2007 in Kraft getreten seien und als Rechtsinstrument die Verfahren, Rechte und rechtlichen Verpflichtungen der Vertragsstaaten und der WHO festlegten. Ungewöhnliche Ereignisse mit Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit könnten nur durch ein starkes internationales System aus Gegenmaßnahmen bewältigt werden, zu dem viele Partner und Ebenen der Zusammenarbeit zählten, darunter auch die globale Ebene. 79 % der Vertragsstaaten in der Region hätten sich an bilateralen oder multilateralen Gruppen zur Vorbereitung auf grenzüberschreitende Gesundheitsereignisse oder zu deren Bewältigung beteiligt. Das Büro habe Schulungen und Tagungen für nationale IGV-Anlaufstellen sowie einen Erfahrungs- und Wissensaustausch organisiert. Eine der Herausforderungen habe darin bestanden, die regionale Koordinierung der globalen IGV-Initiativen bei gleichzeitiger Würdigung der großen Diversität in der Region aufrechtzuerhalten. Die Pandemie H1N1 2009 sei der erste Testfall gewesen.

Alle IGV-Vertragsstaaten, einschließlich der 54 Vertragsstaaten in der Europäischen Region der WHO, seien um eine jährliche Rückmeldung an die Weltgesundheitsversammlung gebeten worden, doch nur 31 Vertragsstaaten hätten rechtzeitig geantwortet, wodurch das Bild von der IGV-Umsetzung nicht vollständig sei. Im Bericht der Vertragsstaaten aus dem Jahr 2009 hätten die Länder Fortschritte im Aufbau nationaler Kernkapazitäten für Überwachung und Gegenmaßnahmen gemeldet, die zentral für die IGV sowie für die übergeordnete strategische Ausrichtung der Europäischen Region der WHO seien. Von 30 antwortenden Ländern berichteten 28 von einer Bewertung ihrer Überwachungs- und Frühwarnkapazitäten und 27 von der Bewertung ihrer Reaktionskapazitäten. Nur 17 der 31 antwortenden Ländern hätten jedoch angegeben, Aktionspläne zur Behebung der Mängel erarbeitet zu haben.

Das Regionalbüro habe allgemeine und gefahrenspezifische Bewertungsinstrumente für die Länder entwickelt und Workshops durchgeführt und unterstützt sowie Erkenntnisse und Beispiele vorbildlicher Praktiken beigesteuert. Bei Länderbesuchen sei fachlicher Rat angeboten worden und mehrere Länder hätten andere mit ihrem Fachwissen unterstützt.

Beim Reise- und Güterverkehr zeige sich der wahrhaft sektorübergreifende Ansatz der Vorschriften. Einige Aspekte dieses Arbeitsbereichs seien komplex und für die Gesundheitsfachleute neu; daher sei ein harmonisiertes Vorgehen schwierig gewesen und der Kommunikation mit den Anlaufstellen sei vitale Bedeutung zugekommen. Das Regionalbüro habe die Führung übernommen, einen thematischen Workshop durchgeführt und dabei Schulungen für Anlaufstellen angeboten sowie Beiträge der nationalen Experten zu den globalen Leitfäden ermöglicht: Diese Beiträge seien von unschätzbarem Wert gewesen.

Seit 2007 seien über 200 Ereignisse betreffend die öffentliche Gesundheit von möglicher, internationaler Tragweite in mehr als 40 Ländern Gegenstand einer gemeinsamen Risikobewertung gewesen. Die Pandemie H1N1 2009 habe den Wert des IGV-Rahmens für die Aufrechterhaltung der Kommunikationswege und die Verbreitung von Informationen erwiesen: Die Lehren aus dem Ausbruch des Schweren Akutes Respiratorischen Syndroms (SARS) hätten sich auszahlt. Die zwischen WHO und nationalen Anlaufstellen koordinierten Maßnahmen seien von unschätzbarem Wert gewesen und diese Erfahrungen solle man auswerten.

Die nationale Gesetzgebung müsse mit den IGV kompatibel sein und von 30 antwortenden Vertragsstaaten hätten 16 neue Gesetze verabschiedet oder bestehende Gesetze überarbeitet, was angesichts der begrenzten juristischen Erfahrung mit dem Gegenstand eine Herausforderung gewesen sei.

Die Umsetzung der IGV stelle einen kontinuierlichen Lernprozess dar, der feste Entschlossenheit und angemessene Ressourcen erfordere und hier habe man substanzielle Arbeit geleistet. Die Beobachtung der IGV-Umsetzung müsse über den aktuellen quantitativen Ansatz hinausgehen, der sich auf die Einhaltung der IGV-Bestimmungen konzentriere. Die WHO sollte mögliche qualitative Verfahren ausfindig machen, damit auch der Nutzen für die öffentliche Gesundheit, der aus der Umsetzung der IGV entstehe, bewertet werden könne.

Die WHO solle weiter mit anderen Partnern auf regionaler Ebene zusammenarbeiten, um bessere Mechanismen und Strukturen zu definieren, die es den Vertragsstaaten ermöglichen würden, ihre Verpflichtungen nach den IGV oder anderen rechtsverbindlichen Rahmen zu erfüllen. Solche Mechanismen sollten auf den bestehenden Strukturen und Netzwerken aufbauen, um Überschneidungen zu vermeiden und Synergien zu schaffen.

In der sich anschließenden Diskussion betonte ein Delegierter im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und der potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, Norwegens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen), dass der Ausbruch

der Pandemie H1N1 2009 klar die Bedeutung der IGV demonstriert habe. Sie seien ein entscheidendes globales Werkzeug, das eine gemeinsame und transparente Risikobeherrschung auf der Grundlage von Erkenntnissen sowie ein schnelles Handeln gegen eine internationale Gefährdung der menschlichen Gesundheit ermögliche. Die Pandemie habe auch ein Schlaglicht auf die noch verbleibenden Herausforderungen geworfen. Eine gemeinsame Auslegung der Reichweite der IGV und der Anwendung ihrer Bestimmungen sei wichtig und es seien weitere Anstrengungen erforderlich, die Kapazitäten für die Überwachung und für wirkungsvolle Gegenmaßnahmen in allen Ländern aufzubauen. Der Austausch beispielhafter Praktiken sei ein wirksames Instrument und alle relevanten Sektoren müssten in die Arbeit einbezogen werden, hierunter auch die für chemische und radioaktive Substanzen Verantwortlichen, damit die IGV in ihrer ganzen Breite umgesetzt würden. Die WHO habe eine entscheidende Rolle in der Koordination der globalen und nationalen Anstrengungen zu spielen und die WHO habe in schwieriger Lage und in enger Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten auf globaler und regionaler Ebene exzellente Arbeit geleistet.

Einige Delegierte betonten, dass ihre Bürger insbesondere gegen die erwartete zweite Welle der Pandemie H1N1 2009 geschützt werden müssten. Internationale Zusammenkünfte seien für die Schärfung des Bewusstseins, den Erfahrungsaustausch und den Ausbau der Zusammenarbeit von Nutzen. Die WHO-Jahrestagung der nationalen Anlaufstellen habe verschoben werden müssen, doch finde sie hoffentlich bald statt. Ein Bewertungsverfahren wie eine Prüfliste, welche die Länder auf dem Weg zur vollen Umsetzung leiten könne, wäre sinnvoll.

Ein Redner nannte die Einführung der IGV ein vordringliches Thema; in seinem Land sei das System aus epidemiologischer Überwachung und Reaktion durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt worden, zu denen die Einrichtung spezialisierter Teams gehört habe. Im Kontext der IGV seien neue Gesetze und Methoden für übertragbare Krankheiten zur Untersuchung des neuartigen Influenzavirusstamms und seiner Ausbreitung angewandt worden. Zweckgebundene Mittel flössen in die Verbesserung der Labors und Ausrüstungen und die Beobachtung erfolge in Zusammenarbeit mit den Nachbarländern. Es sei wichtig, dass man auf Datenbanken zugreifen könne. Außerdem müsse man noch den Transport von Arzneimitteln und eine Minimierung der beteiligten Bürokratie in Angriff nehmen.

In ihrer Antwort dankte die Geschäftsführende Direktorin der Abteilung Gesundheitsprogramme den Vertragsstaaten in der Region für ihr kontinuierliches Engagement bei der Umsetzung der IGV und kündigte an, dass die Arbeit fortgesetzt werde und dass die Jahrestagung der nationalen Anlaufstellen jetzt für Januar 2010 geplant sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC59/R5.

## **Folgethemen früherer Tagungen des Regionalkomitees**

*(EUR/RC59/Inf.Doc./1)*

### **Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa**

Der Regionaldirektor gab einen Überblick über die zu erwartenden Entwicklungen in Bezug auf Rolle und Stellung des Regionalbüros bis zum Jahr 2020. Die in dem der 56. Tagung des Regionalkomitees für Europa vorgelegten Dokument EUR/RC56/11 skizzierten strategischen Hauptrichtungen hätten nach wie vor Gültigkeit, und die Arbeit daran entwickle sich im Kontext eines sich verändernden Umfelds, das vor allem durch die Wirtschaftskrise gekennzeichnet sei. In der Zusammenarbeit mit den internationalen Partnerorganisationen werde eine optimale Nutzung der verfügbaren Ressourcen angestrebt. Im Einklang mit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitssicherheit habe das Regionalbüro eine führende Rolle bei der internationalen Reaktion auf die Pandemie H1N1 2009 gespielt. Die neue Regionaldirektorin werde sicherlich für Kontinuität

in Bereichen wie der Länderstrategie sorgen, doch würden letztendlich die Mitgliedstaaten darüber entscheiden, in welche Richtung sich die Arbeit des Regionalbüros entwickeln werde.

### **Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele**

Der Leiter des WHO-Länderbüros in der Republik Moldau nahm eine Bestandsaufnahme der Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele fünf Jahre vor dem Zieljahr 2015 vor. Auch wenn es bei der Senkung der Kindersterblichkeit Probleme gegeben habe, so sei doch in der Region insgesamt ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Die Müttersterblichkeit sei der Bereich, in dem die Fortschritte am dürfzigsten ausfielen. Bei Verwendung von Datenmodellen ergäben sich hier höhere Mortalitätsraten, als von den nationalen Systemen gemeldet würden. Der Themenbereich Tuberkulose sei besonders problematisch, da 15 der weltweit 27 am stärksten belasteten Länder zur Europäischen Region der WHO gehörten und vor allem im östlichen Teil der Region eine beunruhigende Zunahme der Prävalenz medikamentenresistenter Formen von Tuberkulose zu verzeichnen sei. Wirtschaftliche Unterschiede seien in der gesamten Region für die Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten verantwortlich und die Länder stünden vor der schwierigen Aufgabe, ihre Gesundheitssysteme für die ländliche Bevölkerung sowie für benachteiligte Gruppen erreichbar zu machen.

Ein Delegierter, der im Namen der Europäischen Union, der Bewerberländer Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien-Herzegowina, Montenegro und Serbien sowie Armeniens, Georgiens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, hob den Mangel an Fortschritten in den Statistiken zur Gesundheit von Müttern und Neugeborenen hervor, der symptomatisch für die schwache Stellung von Frauen sei, und forderte konsequentes Handeln nicht nur in diesem Bereich, sondern generell auf dem Gebiet der Gleichstellung und Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Die Zahl der Tuberkulosefälle in der Europäischen Region sei alarmierend hoch; so weise die Region die weltweit höchsten Raten an neuen Fällen von multiresistenter Tuberkulose sowie von Tuberkulose in Verbindung mit HIV auf. Im Oktober 2009 werde in Berlin eine weitere hochrangige Tagung stattfinden, die sich mit Lösungsansätzen für diese Herausforderungen befassen werde.

In einer Wortmeldung wurde dringend eine Verbesserung der Abstimmung zwischen den Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen gefordert, um die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu beschleunigen, und es wurde zusätzlich zu den reinen Bekämpfungsmaßnahmen für spezifische Krankheiten eine verstärkte Aufmerksamkeit für den Bedarf an Infrastruktur und Ausbildungsmaßnahmen gefordert.

### **Wahlen und Nominierungen**

*(EUR/RC59/5 Rev.1, EUR/RC59/Conf.Doc./5, EUR/RC59/Conf.Doc./6)*

Das Regionalkomitee tagte in geschlossener Sitzung, um einen Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors für Europa und zwei Kandidaten für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat zu nominieren und drei Mitglieder in den SCRC und ein Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten zu wählen.

## **Regionaldirektor**

Durch Resolution EUR/RC59/R1 ersuchte das Regionalkomitee die Generaldirektorin darum, dem Exekutivrat die Ernennung von Frau Zsuzsanna Jakab zur Regionaldirektorin für einen Zeitraum von fünf Jahren mit Wirkung vom 1. Februar 2010 vorzuschlagen.

Das Regionalkomitee verabschiedete auch Resolution EUR/RC59/R2, in der es seine Dankbarkeit gegenüber Dr. Marc Danzon für sein Engagement und seinen unschätzbaren Beitrag zur Arbeit der WHO, namentlich bei der Vorantreibung der gesundheitspolitischen Agenda in der Europäischen Region, zum Ausdruck brachte und ihn zum Regionaldirektor i. R. erklärte.

Die Direktorin des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten dankte den Mitgliedstaaten für ihre Nominierung und versprach, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um mit Unterstützung der Bediensteten des Regionalbüros und in enger Zusammenarbeit mit der Generaldirektorin und dem WHO-Hauptbüro dafür zu sorgen, dass das Regionalbüro seine Führungs- und Vorreiterrolle im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region und weltweit bewahre. Sie freute sich auf die Zusammenarbeit mit jedem einzelnen Mitgliedstaat der Europäischen Region und werde mit allen Partnerorganisationen – und insbesondere der Europäischen Union – enge Arbeitsbeziehungen zum Nutzen der Region und der Organisation insgesamt unterhalten.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin bedankte sich für die Unterstützung, die sie aus den Mitgliedstaaten erhalten habe, und würdigte diese als Anerkennung der Erfolge, die das Regionalbüro in den vergangenen Jahren erzielt habe. Sie gratulierte Frau Jakab zu ihrer Nominierung und wünschte ihr viel Erfolg in der Zukunft. Der Regionaldirektor würdigte die Arbeit seiner Stellvertreterin und erneuerte sein Versprechen, die Übergabe an seine Nachfolgerin so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Ein Delegierter, der im Namen der EU, der Bewerberländer Kroatien und Türkei und der Länder des Stabilisierungs- und Assoziierungsprozesses und potenziellen Bewerberländer Albanien, Bosnien-Herzegowina und Serbien sowie Armeniens, Islands, Norwegens, der Republik Moldau und der Ukraine (die sich der Erklärung anschlossen) sprach, würdigte die hohe Qualifikation der übrigen Kandidaten im Nominierungsprozess und gratulierte ebenfalls Frau Jakab zu ihrer Nominierung. Die EU bekräftigte ihre starke Entschlossenheit zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa bei der Verwirklichung der gemeinsamen Gesundheitsziele in der Europäischen Region.

Der Regionaldirektor wurde für seine beispielhafte Führungskompetenz bei der Leitung des Regionalbüros in den vergangenen zehn Jahren gewürdigt.

## **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss einvernehmlich, dass Armenien und Norwegen der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 ihre Kandidatur vorlegen und sich zur Wahl in den Exekutivrat stellen sollten.

## **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich Aserbaidschan, Schweden und die Ukraine für eine dreijährige Amtszeit (September 2009 bis September 2012) in den SCRC.

### **Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten**

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung über das Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten wählte das Regionalkomitee einvernehmlich Tadschikistan als Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat für eine vierjährige Amtsperiode ab 1. Januar 2010.

### **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010 bis 2013**

*(EUR/RC59/Conf.Doc./4)*

Der Vertreter Maltas erinnerte daran, dass sein Land auf der Tagung des Regionalkomitees im vergangenen Jahr angeboten hatte, im Jahr 2012 Gastgeber der 62. Tagung zu sein, und dass es dieses Angebot später schriftlich bestätigt habe. Der Vertreter Litauens erinnerte seinerseits daran, dass sein Land angeboten hatte, Gastgeber einer Tagung im Jahr 2012 oder 2014 zu sein, und wies zugleich darauf hin, dass man in Bezug auf das Datum flexibel sei.

Ungeachtet der Empfehlungen, die der 16. SCRC auf seiner 5. Tagung abgegeben hatte (wie im Tagungsbericht festgehalten, vgl. Dokument EUR/RC59/4 Add.1), vereinbarte das Regionalkomitee angesichts der Anzahl der erhaltenen Einladungen, ausnahmsweise über die Tagungsorte der kommenden fünf Jahre zu entscheiden. Zugleich ersuchte es jedoch den Ständigen Ausschuss darum, für die kommende Tagung des Regionalkomitees eine Diskussion der Prinzipien oder Kriterien vorzubereiten, die der Wahl des Ortes künftiger Tagungen zugrunde liegen sollten, und beschloss, bis dahin keine weiteren Einladungen mehr zu akzeptieren.

Daher nahm das Regionalkomitee Resolution EUR/RC59/R6 an und entschied damit, dass die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Moskau (Russische Föderation), die 61. Tagung vom 12. bis 15. September 2011 in Aserbaidshan, die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta, die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal und die 64. Tagung (zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt) in Kopenhagen beim Regionalbüro für Europa stattfinden sollen.

Der Vertreter der Russischen Föderation sagte, sein Land freue sich darauf, die Teilnehmer der 60. Tagung begrüßen zu dürfen, und werde alles dafür tun, der Tagung zu einem erfolgreichen Verlauf zu verhelfen.

## Resolutionen

### EUR/RC59/R1

#### Nominierung der Regionaldirektorin für Europa

Das Regionalkomitee –

in Anbetracht von Artikel 52 der Satzung der WHO und

in Übereinstimmung mit Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa –

1. NOMINIERT Frau Zsuzsanna Jakab zur Regionaldirektorin für Europa; und
2. ERSUCHT die Generaldirektorin, dem Exekutivrat die Ernennung von Frau Zsuzsanna Jakab mit Wirkung vom 1. Februar 2010 vorzuschlagen.

### EUR/RC59/R2

#### Würdigung der Arbeit von Dr. Marc Danzon

Das Regionalkomitee –

in dankbarer Anerkennung des Engagements von Dr. Marc Danzon sowie seines unschätzbaren Beitrags zur Arbeit der WHO, namentlich bei der Vorantreibung der gesundheitspolitischen Agenda in der Europäischen Region –

1. SPRICHT Dr. Danzon seinen aufrichtigen Dank für all seine Anstrengungen zur Förderung der Arbeit der WHO AUS;
2. ERKLÄRT Dr. Marc Danzon zum Regionaldirektor i. R. der Weltgesundheitsorganisation.

### EUR/RC59/R3

#### Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC58/R4 zur Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO in Verbindung mit der auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO über Gesundheitssysteme verabschiedeten Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“,

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC57/R2 zu den Millenniums-Entwicklungszielen in der Europäischen Region der WHO,

eingedenk der Berichte der hochrangigen Konsultationstagung „Finanzkrise und globale Gesundheitssituation“, die am 19. Januar 2009 in Genf stattfand, sowie der am 1. und 2. April 2009 in Oslo abgehaltenen Tagung „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen

Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO“, deren Empfehlungen als Anhang 1 beigelegt sind,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC59/7 zum Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO –

1. NIMMT KENNTNIS von den Risiken für die Gesundheit und die Gesundheitssysteme wie auch den wichtigsten Handlungschancen, die sich aufgrund der derzeitigen Weltwirtschaftskrise ergeben, sowie von der positiven Art und Weise, wie Mitgliedstaaten und verschiedene maßgebliche Akteure im Gesundheitssektor durch gemeinsame Gegenmaßnahmen reagiert haben;
2. NIMMT die Handlungsempfehlungen ZUR KENNTNIS, die auf der Tagung im April 2009 in Oslo abgegeben wurden;
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, dafür zu sorgen, dass ihre Gesundheitssysteme auch künftig die Bedürftigsten (einkommensschwache, ältere, kranke und gebrechliche Menschen) schützen, und bei der Erbringung von Diensten für den Einzelnen und für die Bevölkerung Wirksamkeit zu beweisen und gleichzeitig mit anderen Sektoren zusammenzuarbeiten, um eine gebührende Berücksichtigung von Aspekten der gesundheitlichen Chancengleichheit zu fördern, und sich in Bezug auf Investitionen, Ausgaben und Beschäftigung als umsichtige Wirtschaftssubjekte zu verhalten;
4. BITTET die Mitgliedstaaten, im Rahmen der Tätigkeit des WHO-Regionalbüros für Europa auch künftig zusammenzuarbeiten, indem sie
  - a) die laufenden Veränderungen in Bezug auf Lebensbedingungen, soziale Normen und Werte, Lebensstil, Gesundheitsstatus und den Zugang zur Gesundheitsversorgung verstärkt überwachen und analysieren und dabei die gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe im Blickfeld behalten,
  - b) die Leistung ihrer Gesundheitssysteme systematisch bewerten, um einen gerecht verteilten Zugewinn an Gesundheit sowie finanzielle Absicherung, Bedarfsgerechtigkeit und Effizienzsteigerungen zu erreichen, und sich die besondere Bedeutung einer gerechten Finanzierung sowie eines allgemeinen Zugangs zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung vergegenwärtigen,
  - c) realistische Grundsatzoptionen aufzeigen, die darauf ausgerichtet sind, gegen die negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheit und die Gesundheitssysteme anzugehen, und gleichzeitig jede Chance ergreifen, um ggf. notwendige Änderungen an deren Entscheidungsmechanismen, Anspruchsberechtigungen, Regeln, Funktionsweise, Organisationsstrukturen usw. vorzunehmen;
5. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) eine Führungsrolle in Bezug auf die Anstrengungen der Mitgliedstaaten zu übernehmen, die negativen Auswirkungen der Krise auf die Gesundheit ihrer Bevölkerung auf ein Mindestmaß zu beschränken, indem er auf die konkreten Bedürfnisse der jeweiligen Länder zugeschnittene Dienste anbietet,
  - b) Daten aus dem Gesundheitsbereich auszuwerten und einen innovativen, wertschöpfenden Grundsatzdialog mit den Ländern zu führen, indem freiwillige Zielvorgaben gesetzt und Netzwerke interessierter Länder zu bestimmten Themen aufgebaut werden, ein allseitiger Informationsaustausch stattfindet und ein Minimalverzeichnis sachdienlicher gemeinsamer Indikatoren zur Weiterverfolgung erarbeitet wird,

- c) dem Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung im Jahr 2011 über die auf Regional-ebene gesammelten Erfahrungen bei der Bewältigung der Wirtschaftskrise Bericht zu erstatten.

#### Anhang 1

Die nachstehenden Empfehlungen gingen aus der Konferenz von Oslo am 1. und 2. April 2009 hervor.

1. Verteilung von Wohlstand auf der Grundlage von Solidarität und Chancengleichheit
2. Erhöhung der staatlichen Entwicklungshilfe mit dem Ziel, die Schwächsten zu schützen
3. Investitionen in die Gesundheit zur Erhöhung des Wohlstands; Erhaltung der Gesundheitsetats
4. Jeder Minister ist ein Gesundheitsminister
5. Erhaltung kosteneffektiver Leistungen des Gesundheitsschutzes und der primären Gesundheitsversorgung
6. Mehr Geld für Gesundheit und mehr Gesundheit fürs Geld
7. Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung
8. Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung
9. Förderung von universellen, obligatorischen und Umverteilung begünstigenden Formen der Steuererhebung
10. Prüfung der Einführung bzw. Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol, Zucker und Salz
11. Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und Gewährleistung ihrer Anwerbung nach ethischen Grundsätzen
12. Förderung einer aktiven Beteiligung der Öffentlichkeit an der Entwicklung von Maßnahmen zur Milderung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die öffentliche Gesundheit.

#### **EUR/RC59/R4**

##### **Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA57.19 und WHA58.17 zur internationalen Migration des Gesundheitspersonals als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern sowie die Resolutionen WHA59.23 zur raschen Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitspersonal und WHA59.27 zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens,

sowie unter Hinweis auf die Resolutionen EUR/RC50/R5 und EUR/RC55/R8 zur Zusammenarbeit mit den Ländern und zur Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ sowie die Resolution EUR/RC57/R1 und das begleitende Hintergrunddokument EUR/RC57/9 zu personalpolitischen Konzepten im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region,

unter Hinweis auf die Empfehlung des WHO-Exekutivrats auf seiner 124. Tagung betreffend breiter angelegte, globale Konsultationen mit den Mitgliedstaaten über den Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und das darauf folgende Ersuchen der Generaldirektorin, die Tagungen der Regionalkomitees dazu zu nutzen, die regionalen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten zu vertiefen, und dem Exekutivrat auf seiner 126. Tagung Rückmeldung zu erstatten und eine Empfehlung hinsichtlich der Annahme des WHO-Verhaltenskodex durch die 63. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2010 auszusprechen,

angesichts der jüngsten Anstrengungen auf globaler und regionaler Ebene in Richtung einer stärkeren Sensibilisierung für die negativen Folgen der zunehmenden Migration von Gesundheitsfachkräften mit dem Ziel der Annahme eines Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften<sup>1</sup>,

in der erneuten Erkenntnis, dass gut ausgebildete und geschulte Gesundheitsfachkräfte Menschenleben retten, dass die Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme von der Verfügbarkeit, dem Einsatz und dem Qualifikationsmix der Arbeitskräfte abhängt und dass das Gesundheitswesen auf ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Motivation angewiesen ist,

erneut erklärend, dass eine angemessene Zahl und Verteilung sowie ein geeigneter Qualifikationsmix des Gesundheitspersonals für die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Gewährleistung eines ausgewogenen Zugangs zur Gesundheitsversorgung ungeachtet von Zahlungskraft oder Standort unverzichtbar sind, wie in der Charta von Tallin über Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand bekräftigt wurde,

erneut mit großer Besorgnis darauf verweisend, dass bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen Ungleichgewichte im Hinblick auf die Standorte und den Qualifikationsmix bestehen, die auf die zunehmende Migration von Gesundheitsfachkräften in die und aus der Region sowie innerhalb der Region zurückzuführen sind und Folgen für die Gesundheitssysteme und den Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern nach sich ziehen,

in der Erkenntnis, dass zwar die grenzüberschreitende Migration von Gesundheitsfachkräften den Ausgangs- und den Zielländern gegenseitigen Nutzen bringen kann, dass aber in Ländern, in denen bereits eine Personalkrise im Gesundheitswesen herrscht, die Abwanderung von Fachkräften die ohnehin schon labilen Gesundheitssysteme weiter schwächt und ein ernstes Hindernis für die Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele darstellt,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC59/9 über personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO –

#### 1. BEGRÜSST den Bericht;

---

<sup>1</sup> Eine Auswahl in chronologischer Reihenfolge: 1) *The world health report 2006 on human resources for health* [Weltgesundheitsbericht 2006 zum Thema Gesundheitspersonal]; 2) die am Ende des Globalen Forums zum Thema Gesundheitspersonal (Kampala (Uganda), 2.–7. März 2008) abgegebene Erklärung von Kampala; 3) die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ (Tallinn, 25.–27. Juni 2008) und die daraufhin vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 58. Tagung (Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008) verabschiedete Charta von Tallinn; 4) der Verweis in dem G8-Kommuniqué vom Juli 2008 auf die Notwendigkeit, eine ausreichende Zahl von Gesundheitsfachkräften auszubilden; 5) der Fortschrittsbericht und Entwurf eines Verhaltenskodex, der dem WHO-Exekutivrat auf seiner 124. Tagung im Januar 2009 vorgelegt wurde (EB124/13); 6) das vom WHO-Sekretariat erarbeitete Themenpapier *International recruitment of health personnel: a draft global code of practice*, das auf der 62. Weltgesundheitsversammlung am 20. Mai 2009 im Rahmen einer Fachsitzung vorgelegt wurde.

2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) sich verstärkt für die Entwicklung und Durchführung nachhaltiger personalpolitischer Konzepte, Strategien und Pläne im Gesundheitswesen als entscheidend wichtige Komponente der Stärkung der Gesundheitssysteme einzusetzen, insbesondere angesichts der demografischen Veränderungen und des sich wandelnden Bedarfs an Gesundheitsleistungen in der Region sowie der Notwendigkeit, Chancengleichheit hinsichtlich des Zugangs zu diesen Leistungen sicherzustellen und gleichzeitig die Abhängigkeit von der Einwanderung von Gesundheitspersonal aus Drittländern möglichst gering zu halten,
  - b) sich verstärkt darum zu bemühen, die Trends und Muster der Migration von Gesundheitsfachkräften zu beobachten und ihre Auswirkungen zu bewerten, um wirksame migrationspolitische Maßnahmen ermitteln und einleiten zu können, einschließlich der Verabschiedung eines neuen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften bzw. der Harmonisierung bereits bestehender Verhaltenskodizes sowie des Abschlusses von Vereinbarungen mit Drittländern zur Regelung der Bewegungen von Gesundheitsfachkräften,
  - c) sich für die Annahme eines globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften einzusetzen, der mit den europäischen Werten der Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe sowohl innerhalb der Europäischen Region der WHO als auch weltweit im Einklang steht,
  - d) nach den Grundsätzen der Transparenz, der Ethik, der Fairness und des gegenseitigen Nutzens dafür einzutreten, dass in dem Kodex der Schutz des Rechts auf Verlassen seines Herkunftslandes verankert und ein Gleichgewicht zwischen den Individualrechten der Wanderarbeitnehmer und dem Schutz des Rechts der Bevölkerung der Ausgangsländer auf Gesundheit geschaffen und so dazu beigetragen wird, die Auswirkungen der Migration auf die Gesundheitssysteme der Ausgangsländer abzumildern,
  - e) positive Entwicklungswirkungen der Migration innerhalb des Gesundheitssektors zu fördern;
3. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) die Harmonisierung der Daten über das Personalangebot im Gesundheitswesen und die Verwendung standardisierter Indikatoren und Instrumente weiter zu fördern, um die Qualität und Vergleichbarkeit bei der Leistungsbewertung in Bezug auf das Gesundheitspersonal zu erhöhen,
  - b) weiter an den Kernindikatoren für die Ergebnisbewertung bei der Entwicklung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitsbereich in den Mitgliedstaaten zu arbeiten und die derzeitigen Muster und Trends der Migration von Gesundheitsfachkräften sowie die Durchführung und Wirkung politischer Maßnahmen auf nationaler Ebene und auf der Ebene der Europäischen Region der WHO durch die Analyse von Länderberichten und die jährliche Veröffentlichung regionaler Syntheseberichte zu überwachen und zu bewerten,
  - c) als inhaltlichen Beitrag zu dem globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften den Konsultationsprozess mit den Mitgliedstaaten, zivilgesellschaftlichen Organisationen, Berufsverbänden und anderen regionalen und internationalen Stellen sowie die Zusammenstellung und Überprüfung der verschiedenen nationalen und regionalen Verhaltenskodizes in der Europäischen Region der WHO wie auch der Fachliteratur und Daten zur Migration von Gesundheitsfachkräften abzuschließen,

- d) dem Regionalkomitee auf seiner 62. Tagung im Jahr 2012 über die erzielten Fortschritte zu berichten.

## EUR/RC59/R5

### **Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA48.7 über die Überarbeitung und Aktualisierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, WHA48.13 über die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten: neue und erneut auftretende Infektionskrankheiten, WHA54.14 über die globale gesundheitliche Sicherheit: Epidemiewar- nung und -bewältigung, WHA55.16 zur globalen Reaktion der Gesundheitspolitik auf das natür- liche Vorkommen, die unfallbedingte Freisetzung oder die vorsätzliche Verwendung gesun- deheitsschädigender biologischer und chemischer Kampfstoffe oder radionuklearer Stoffe, WHA56.19 zur Prävention und Bekämpfung von Influenza-Pandemien und jährlichen Epide- mien, WHA56.28 und WHA58.3 zur Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschrif- ten, WHA56.29 zum Schweren Akuten Respiratorischen Syndrom, WHA58.5 zur Stärkung von Vorsorge und Maßnahmen gegen eine Influenza-Pandemie, WHA59.2 und WHA61.2 zur Um- setzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) und WHA62.10 zur Vorbe- reitung auf die Influenza-Pandemie: Überlassung von Grippeviren, Zugang zu Impfstoffen und sonstige Nutzenteilung sowie den Bericht der Weltgesundheitsversammlung A62/6 über die Umsetzung der IGV und das Dokument des Regionalkomitees EUR/RC56/9 Rev.1 zur Förde- rung von Gesundheitssicherheit: Antwort des Gesundheitssektors auf die Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO, die allesamt dem Bedarf an Gewährleistung der Sicherheit der globalen öffentlichen Gesundheit entsprechen,

besorgt über die durch die Influenza-Pandemie H1N1 2009 entstehenden Herausforde- rungen und zu individuellen und kollektiven angepassten Gegenmaßnahmen aufrufend, zu einer Zeit, in der die Gesundheitssysteme und die Lebensgrundlagen der Menschen durch die welt- weite Wirtschaftskrise unter Druck geraten,

eingedenk dessen, dass die IGV ein Schlüsselinstrument zum Schutz gegen die internati- onale Ausbreitung von Krankheiten sind und insbesondere eine wichtige Rolle bei der Bewälti- gung der derzeitigen Influenza-Pandemie H1N1 2009 spielen,

in Anerkennung der Rolle der WHO bei den globalen und regionalen Warn- und Schutz- maßnahmen sowie anerkennend, dass die Eindämmung internationaler Gefahren für die öffent- liche Gesundheit enge Zusammenarbeit, wirksame Strategien und zweckgebundene Ressourcen in der Partnerschaft auf subnationaler, nationaler und internationaler Ebene erfordert,

in dem Bewusstsein, dass die Kapazitäten der Mitgliedstaaten, Gefahren für die öffentli- che Gesundheit rechtzeitig festzustellen und angepasste Schutzmaßnahmen einzuleiten, in der Europäischen Region sehr unterschiedlich ausgestaltet sind,

anerkennend, dass der Aufbau von Kapazitäten und die Umsetzung der IGV für die Mit- gliedstaaten und die WHO kontinuierliche Prozesse darstellen, die ein nicht nachlassendes En- gagement und entsprechende Ressourcen erfordern,

nach Prüfung des vom WHO-Regionalbüro für Europa vorgelegten Hintergrundpapiers (Dokument EUR7RC59/10) –

1. BITTET die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO EINDRINGLICH,
  - a) sich dafür einzusetzen, dass die Kernkapazitäten, die nach den IGV für die Frühwarn- und Reaktionsfunktionen auf subnationaler, nationaler und internationaler Ebene vorgeschrieben sind, bis 2012 entwickelt bzw. aufrechterhalten werden,
  - b) im Rahmen der vorhandenen Ressourcen, Initiativen und Strukturen Kapazitäten auszubauen und das Synergiepotenzial möglichst umfassend zu nutzen, um neue und erneut auftretende Krankheiten sowie die sich wandelnden Kennzeichen von Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu erkennen,
  - c) die nationalen IGV-Anlaufstellen zu ermächtigen, die Zusammenarbeit und den Dialog zwischen den maßgeblichen Sektoren und Disziplinen zu stärken, um sicherzustellen, dass die Frühwarn- und Reaktionsfunktionen wahrgenommen werden und dass die erforderlichen Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens im Wege eines Risikobewertungsprozesses festgelegt werden,
  - d) die Kapazitäten des Gesundheitspersonals als grundlegenden Ressourcen des Gesundheitssystems zu stärken und ihren persönlichen Schutz durch Infektionskontrollmaßnahmen zu gewährleisten sowie Interaktionen zwischen Gesundheitspersonal und Fachkräften des öffentlichen Gesundheitswesens zu fördern,
  - e) Partnerschaften einzugehen, die auf Solidarität unter den Mitgliedstaaten beruhen, um den gegenseitigen Austausch von Erfahrungen und Lehren aus der Vergangenheit zu fördern und dadurch den Kapazitätsaufbau und die Schutzmaßnahmen über die nationalen Grenzen hinaus auszudehnen,
  - f) die einzigartige Gelegenheit zu nutzen, die sich durch die Umsetzung der IGV ergibt, einschließlich der Entwicklung eines nationalen IGV-Aktionsplans als Instrument zur Stärkung nationaler Partnerschaften,
  - g) auf partnerschaftliche Weise die erforderlichen Ressourcen für den Aufbau und die Erhaltung der notwendigen Kernkapazitäten auf subnationaler und nationaler Ebene zu mobilisieren, wie in Anlage 1 der IGV ausgeführt,
  - h) die Erfahrungen mit den vergangenen und gegenwärtigen Gesundheitsgefahren, einschließlich der Influenza-Pandemie H1N1 2009, zu sammeln und zu nutzen, um die Schutzmaßnahmen bei künftigen derartigen Gefahren anzupassen sowie auf Erkenntnisse gestützte Kapazitäten aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten;
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der IGV, der Vorbereitung auf die Pandemie und den entsprechenden Schutzmaßnahmen auf bedarfsorientierte Weise zu unterstützen und weiterhin die Aktivitäten und Kapazitäten zu überwachen, um regionale Strategien für Schutzmaßnahmen und langfristigen Kapazitätsaufbau zu formulieren,
  - b) auch weiterhin eine Führungsrolle bei der Koordinierung und Priorisierung von Aktivitäten zu übernehmen und den Mitgliedstaaten, insbesondere den bedürftigen Mitgliedstaaten, Instrumente und fachliche Unterstützung zur Verfügung zu stellen,
  - c) den Austausch von Informationen und Erfahrungen zwischen den Mitgliedstaaten zu erleichtern und den nationalen IGV-Anlaufstellen regelmäßig Informationen über die Feststellung, Bewertung und Bewältigung der Ereignisse zur Verfügung zu stellen, u. a. über die Erfahrungen, die bei der Umsetzung und Anwendung der IGV gewonnen wurden,
  - d) weltweite und regionale Partnerschaften einzugehen, die die Abstimmung mit anderen maßgeblichen zwischenstaatlichen Organen erleichtern, bei gleichzeitiger Fortführung der direkten Kommunikation zwischen den Mitgliedstaaten und der

WHO über Feststellung, Bewertung und Reaktion im Hinblick auf internationale Gefahren für die öffentliche Gesundheit,

- e) die Erfahrungen mit der Influenza-Pandemie H1N1 2009 zu sammeln, um sie in erkenntnisbasierte Empfehlungen für die Mitgliedstaaten und die WHO in der Europäischen Region umzusetzen und um die Kapazitäten zur Feststellung, Bewertung und Reaktion auf kurze, mittlere und lange Sicht zu stärken,
- f) mit den Mitgliedstaaten zusammenzuarbeiten und weltweite und regionale Partnerschaften einzugehen, die die Abstimmung mit anderen maßgeblichen zwischenstaatlichen Organen erleichtern, in dem Bemühen, personelle und finanzielle Ressourcen für die Feststellung, Bewertung und Reaktion im Hinblick auf internationale Gefahren für die öffentliche Gesundheit, namentlich Influenza-Pandemie H1N1 2009, zu mobilisieren,
- g) Sachverstand und fachliche Leitlinien für die Verfolgung der Umsetzung der nationalen IGV-Aktionspläne bereitzustellen,
- h) auf Wunsch des betroffenen Vertragsstaats bei der Zertifizierung von Flughäfen und Häfen durch die WHO gemäß Artikel 20 Absatz 4 der Vorschriften behilflich zu sein.

### **EUR/RC59/R6**

#### **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010–2014**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 58. Tagung angenommene Resolution EUR/RC58/R6 –

1. BESTÄTIGT ERNEUT, dass die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Moskau (Russische Föderation) abgehalten wird;
2. BESCHLIESST, dass die 61. Tagung vom 12. bis 15. September 2011 in Aserbaidschan abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta abgehalten wird;
4. BESCHLIESST, dass die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal abgehalten wird.
5. BESCHLIESST FERNER, dass die 64. Tagung im Jahr 2014 in Kopenhagen abgehalten wird.

### **EUR/RC59/R7**

#### **Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

---

nach Prüfung des Berichts des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC59/4 und EUR/RC59/4 Add. 1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 59. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 59. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.



## Anhang 1

### Tagesordnung

- 1. Eröffnung der Tagung**

Wahl des Präsidenten, des Exekutivpräsidenten, des Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und des Berichterstatters

Annahme der Tagesordnung und des Programms
- 2. Ansprache der Generaldirektorin**
- 3. Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit des Regionalbüros**
- 4. Allgemeine Aussprache**
- 5. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**
- 6. Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)**
- 7. Grundsatz- und Fachfragen**
  - a) Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO
  - b) Wege zur Verbesserung der Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO
  - c) Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region (einschließlich grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften: Entwurf eines globalen Verhaltenskodexes – vom Exekutivrat auf seiner 124. Tagung an das Regionalkomitee verwiesen)
  - d) Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO
- 8. Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa**
  - Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa
  - Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele
- 9. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen**
  - a) Nominierung eines Kandidaten/einer Kandidatin für das Amt des Regionaldirektors für Europa
  - b) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
  - c) Wahl von drei Mitgliedern des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
  - d) Wahl eines Mitglieds des Gemeinsamen Koordinationsrates des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten
- 10. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010 bis 2013**

11. **Sonstige Angelegenheiten**
12. **Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

**Fachinformationssitzungen**

Pandemie H1N1 2009: Überblick und Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa in Bezug auf Vorsorge und Gegenmaßnahmen

Auf dem Weg zur Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit

*Anhang 2***Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente****Arbeitsdokumente**

EUR/RC59/1 Rev.2	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC59/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC59/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC59/4	Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC59/4 Add.1	Sechzehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC59/5 Rev.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC59/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC59/7	Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO
EUR/RC59/8	Führung im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC59/9	Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO
EUR/RC59/10	Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO

**Konferenzdokumente**

EUR/RC59/Conf.Doc./1	Bericht des Sechzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC59/Conf.Doc./2	Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO
EUR/RC59/Conf.Doc./3	Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO
EUR/RC59/Conf.Doc./4	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2010–2013
EUR/RC59/Conf.Doc./5	Nominierung des Regionaldirektors/der Regionaldirektorin für Europa
EUR/RC59/Conf.Doc./6	Würdigung der Arbeit von Dr. Marc Danzon

EUR/RC59/Conf.Doc./7 Aufgabenteilung mit dem Europarat in den Bereichen Blutsicherheit und Organtransplantation<sup>1</sup>

EUR/RC59/Conf.Doc./8 Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO

**Informationsdokument**

EUR/RC59/Inf.Doc./1 Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit

**Hintergrunddokument**

EUR/RC59/BD/1 Grenzüberschreitende Migration von Gesundheitspersonal

---

<sup>1</sup> Resolutionsentwurf von Dänemark und den mitunterstützenden Mitgliedstaaten zurückgezogen.

*Anhang 3***Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer****I. Mitgliedstaaten****Albanien***Repräsentanten*

Prof. Isuf Kalo  
Direktor, Nationales Zentrum für Qualität, Sicherheit und Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsministerium

Dr. Alban Ylli  
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

**Andorra***Repräsentanten*

Dr. Cristina Rodríguez Galán  
Ministerin für Gesundheit, Wohlfahrt und Arbeit

Dr. Josep M. Casals Alís  
Leiter, Strategischer Dienst für Projektkoordination, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Arbeit

**Armenien***Repräsentanten*

Prof. Ara Babloyan  
Vorsitzender, Ständiger Ausschuss für Gesundheit, Nationalversammlung

Dr. Tatul Hakobyan  
Stellvertretender Gesundheitsminister

*Stellvertreterin*

Dr. Narine Beglaryan  
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

*Berater*

Arman Melkonyan  
Berater des Gesundheitsministers

**Aserbaidshon***Repräsentanten*

Prof. Ogtay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

Dr. Samir Abdullayev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterin*

Dr. Gulsom Gurbanova  
Leitende Sachverständige, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Belgien***Repräsentanten*

Dr. Dirk Cuypers  
Vorsitzender, Lenkungsausschuss, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Leen Meulenbergs  
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

*Stellvertreter*

Riet de Kempeneer  
Abteilung für primäre Gesundheitsversorgung und Krisenbewältigung, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Baptiste Glorieux  
Attaché, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Marleen Van Dijk  
Abteilung für Aufklärung und Unterstützung, Flämische Agentur für Gesundheitsversorgung

**Bosnien-Herzegowina***Repräsentanten*

Sredoje Nović  
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

Seine Exzellenz Herr Muhamed Hajdarvić  
Botschafter Bosnien-Herzegowinas in Dänemark

*Stellvertreter*

Dr. Safet Omerović  
Bundesminister für Gesundheit

Dr. Ranko Škrbić  
Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Admir Čandić  
Leiter, Abteilung für Gesundheit und andere Dienste, Bezirk Brčko

Branko Sukara,  
Erster Sekretär, Botschaft Bosnien-Herzegowinas in Dänemark

*Berater*

Rade Marković  
Dolmetscher, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten

## **Bulgarien**

*Repräsentanten*

Dr. Bozhidar Nanev  
Gesundheitsminister

Elena Ugrinova  
Leitende Sachverständige, Direktorat für europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Desislava Parusheva  
Zweite Sekretärin, Abteilung für internationale humanitäre Organisationen, Direktorat für Menschenrechte, Gesundheitsministerium

Seine Exzellenz Herr Valentin Poriazov  
Botschafter Bulgariens in Dänemark

Plamena Todorova  
Geschäftsträgerin, Botschaft Bulgariens in Dänemark

## **Dänemark**

*Repräsentanten*

Jakob Axel Nielsen  
Minister für Gesundheit und Prävention

Kristian Wendelboe  
Ständiger Sekretär, Ministerium für Gesundheit und Prävention

*Stellvertreter*

Jesper Fisker  
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter, Dänisches Gesundheitsamt

Dr. Claus Munk Jensen  
Stellvertretender Generaldirektor, Dänisches Gesundheitsamt

*Berater*

Mogens Jørgensen  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Prävention

Dr. Else Smith  
Leiterin, Zentrum für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Nationale Gesundheitsbehörde

Dr. Birte Obel  
Abteilungsleiterin, Nationale Gesundheitsbehörde

Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Peter Arnt Nielsen  
Persönlicher Sekretär des Ministers für Gesundheit und Prävention

Anders M. Jacobsen  
Persönlicher Sekretär des Ministers für Gesundheit und Prävention

Helle Engslund Krarup  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Prävention

**Deutschland***Repräsentanten*

Marion Caspers-Merk  
Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Ewold Seeba  
Leiter der Zentralabteilung Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit

*Stellvertreter*

Udo Scholten  
Leiter der Unterabteilung Europäische und Internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Dagmar Reitenbach  
Referatsleiterin, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

*Berater*

Thomas Ifland  
Berater, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Stefan Stähle  
Berater, Referat Vereinte Nationen, Auswärtiges Amt

Björn Gehrman  
Zweiter Sekretär, Globale Gesundheitspolitik, Ständige Vertretung der Bundesrepublik  
Deutschland bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen  
Organisationen in Genf

### **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

#### *Repräsentanten*

Dr. Bujar Osmani  
Gesundheitsminister

Salim Kerimi  
Geschäftsträger, Botschaft der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien in  
Dänemark

#### *Stellvertreter*

Vulnet Gavazi  
Berater, Kabinett des Gesundheitsministers

Emel Emrula  
Beraterin, Kabinett des Gesundheitsministers

Dr. Vladimir Lazarevik  
Assistenzprofessor, Institut für Sozialmedizin, Medizinische Fakultät Skopje

### **Estland**

#### *Repräsentanten*

Hanno Pevkur  
Minister für Soziales

Dr. Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

#### *Stellvertreterinnen*

Ihre Exzellenz Frau Meelike Palli  
Botschafterin Estlands in Dänemark

Dr. Ülla-Karin Nurm  
Leiterin, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Dr. Liis Rooväli  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

## **Finnland**

### *Repräsentanten*

Dr. Päivi Sillanaukee  
Generaldirektor, Abteilung für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Liisa Ollila  
Leiterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### *Stellvertreter*

Prof. Pekka Puska  
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Taru Koivisto  
Ministerielle Beraterin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Outi Kuivasniemi  
Ministerielle Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Eeva Ollila  
Ministerielle Beraterin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Ministerielle Beraterin, Abteilung für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Ilmo Keskimäki  
Abteilungsleiter, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

## **Frankreich**

### *Repräsentanten*

Olivier Martin  
Erster Sekretär, Botschaft Frankreichs in Dänemark

Prof. Didier Houssin  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Sport

### *Stellvertreterinnen*

Géraldine Bonnin  
Sonderbeauftragte, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Sport

Arila Pochet  
Sonderbeauftragte, Abteilung für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Sport

Geneviève Chedeville-Murray  
Beraterin, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Natacha Tolstoi  
Redakteurin, Ministerium für auswärtige und europäische Angelegenheiten

Christine d'Autume  
Dezernentin, Abteilung für Krankenhauswesen und Pflegeorganisation, Ministerium für Gesundheit und Sport

## **Georgien**

### *Repräsentanten*

Alexander Kvitashvili  
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Prof. Nikoloz Pruidze  
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr David Kereselidze  
Botschafter Georgiens in Dänemark und Norwegen

### *Berater*

Nino Mirzikashvili  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Ivane Kachiuri  
Generaldirektor, Zentrales Kinderkrankenhaus M. Iashvili

## **Griechenland**

### *Repräsentantin*

Maria Trochani  
Generalsekretärin, Sekretariat für soziale Solidarität, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

### *Beraterin*

Katerina Tzirara  
Sekretariat für soziale Solidarität, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

## **Irland**

### *Repräsentant*

Michael Mulkerrin  
Higher Executive Officer, Ministerium für Gesundheit und Kinder

*Stellvertreter*

Keith Comiskey  
Assistant Principal Officer, Ministerium für Gesundheit und Kinder

**Island***Repräsentant*

Dr. Sveinn Magnusson  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

**Israel***Repräsentanten*

Yair Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Information und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Prof. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationales, Gesundheitsministerium

**Italien***Repräsentanten*

Dr. Fabrizio Oleari  
Generaldirektor, Generaldirektion für Prävention, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinalbeamter, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Kasachstan***Repräsentanten*

Prof. Maksut Kulzhanov  
Leiter, Kasachisches Institut für öffentliche Gesundheit

Dr. Zhibek Karagulova  
Beraterin, Ständige Vertretung Kasachstans bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

**Kirgisistan***Repräsentant*

Dr. Marat Mambetov  
Gesundheitsminister

*Berater*

Dr. Boris Dimitrov  
Berater des Gesundheitsministers

**Kroatien***Repräsentanten*

Dr. Ante-Zvonimir Golem  
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Sibila Žabica  
Beraterin des Ministers in Angelegenheiten der europäischen Integration, Ministerium für  
Gesundheit und Gemeinwohl

*Stellvertreterin*

Ivana Šuta  
Geschäftsträgerin, Botschaft Kroatiens in Dänemark

**Lettland***Repräsentantin*

Līga Šerna  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und Internationale Zu-  
sammenarbeit, Gesundheitsministerium

**Litauen***Repräsentanten*

Algis Čaplikas  
Gesundheitsminister

Antanas Matulas  
Vorsitzender, Parlamentarischer Gesundheitsausschuss

*Stellvertreter*

Viktoras Meižis  
Leiter, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsminis-  
terium

*Berater*

Prof. Vilius Grabauskas  
Kanzler, Medizinische Universität Kaunas

Prof. Zita Kučinskienė  
Dekanin, Medizinische Fakultät, Universität Vilnius

**Luxemburg***Repräsentantinnen*

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Aline Schleder-Leuck  
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

**Malta***Repräsentanten*

Dr. Joseph Cassar  
Parlamentarischer Staatssekretär für Gesundheit, Ministerium für Soziales

Dr. Ray Busuttil  
Generaldirektor, Abteilung für Gesundheitsaufsicht, Ministerium für Soziales

*Stellvertreterin*

Dr. Miriam Dalmas  
Leiterin, Abteilung für konzeptionelle Entwicklung und Angelegenheiten der Europäischen Union, Ministerium für Soziales

*Berater*

Glenn Bugeja  
Sekretariatsleiter, Parlamentarisches Sekretariat für Gesundheit, Ministerium für Soziales

**Monaco***Repräsentantinnen*

Dr. Anne Nègre  
Direktorin, Amt für Gesundheit und Soziales

Carole Lanteri  
Stellvertretende Leiterin, Ständige Vertretung des Fürstentums Monaco bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

**Montenegro***Repräsentanten*

Prof. Miodrag Radunović  
Gesundheitsminister

Dr. Boban Mugoša  
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

*Beraterin*

Nina Milović  
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

**Niederlande***Repräsentanten*

Dr. Ab Klink  
Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Annemiek van Bolhuis  
Stellvertretende Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit

*Stellvertreter*

Dr. Marc Sprenger  
Generaldirektor, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt

Herbert Barnard  
Leiter, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

*Berater*

Frieda M. Nicolai  
Leitende Politische Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Regine Aalders  
Leitende Politische Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Eva van Woersem  
Politische Beraterin, Abteilung Vereinte Nationen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Roland Driece  
Gesundheitsattaché, Ständige der Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen, Genf

Stephan Koole  
Leiter, Abteilung Information und Kommunikation, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Bibiche Wymenga  
Persönliche Assistentin des Generaldirektors, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt

Hans Sprokkreeff  
Stellvertretender Missionsleiter, Botschaft der Niederlande in Dänemark

Iris Crouwers  
Leitender Beamter, Presse- und Kulturabteilung, Botschaft der Niederlande in Dänemark

Jos Draijer  
Berater für öffentliche Gesundheit, Ständige Vertretung der Niederlande bei der Europäischen Union

## Norwegen

### *Repräsentanten*

Dr. Bjørn-Inge Larsen  
Generaldirektor, Direktion für Gesundheit und Soziales

Hilde Caroline Sundrehagen  
Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### *Stellvertreter*

Elisabeth Vaagen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Tone Wroldsen  
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Arne-Petter Sanne  
Abteilungsleiter, Direktion für Gesundheit

Arnhild Rimestad Haga  
Abteilungsleiterin, Direktion für Gesundheit

Dr. Thor Erik Lindgren  
Berater, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

Ragnar Skjold  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Bjørn Erikstein  
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

## Österreich

### *Repräsentantinnen*

Dr. Verena Gregorich-Schega  
Leiterin, Abteilung Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Liana Sargsyan  
Abteilung Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

## Polen

### *Repräsentanten*

Dr. Adam Fronczak  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Jakub Piotrowski  
Leiter des politischen Kabinetts des Ministers, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Prof. Mirosław Wysocki  
Leiter, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit, Staatliches Institut für Hygiene

Dr. Roman Danielewicz  
Leiter, Abteilung Wissenschaft und höhere Bildung, Gesundheitsministerium

*Beraterin*

Justyna Tyburska  
Sachverständige, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

**Portugal***Repräsentanten*

Prof. Maria do Céu Machado  
Hohe Kommissarin für Gesundheit

Seine Exzellenz Herr João Silveira Carvalho  
Botschafter Portugals in Dänemark

*Stellvertreter*

Prof. Jose Pereira Miguel  
Präsident, Staatliches Gesundheitsinstitut

*Berater*

Paulo Nicola  
Berater der Hohen Kommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Filipa Pedrosa  
Beraterin der Hohen Kommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

**Republik Moldau***Repräsentantinnen*

Larisa Catrinici  
Gesundheitsministerin

Eugenia Berzan  
Leiterin, Abteilung internationale Beziehungen und externer Beistand, Gesundheitsministerium

**Rumänien***Repräsentanten*

Dr. Cristian Irimie  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Alexandru Rafila  
Berater des Gesundheitsministers

*Stellvertreter*

Dr. Cristian Vladescu  
Generaldirektor, Staatliche Schule für öffentliche Gesundheit und Gesundheitsverwaltung

Luminita Popescu  
Direktorin, Direktorat für internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Berater*

Alexandru Atanasiu  
Botschaft Rumäniens in Dänemark

**Russische Föderation***Repräsentanten*

Prof. Veronika Skvortsova  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale Entwicklung

Prof. Vladimir Starodubov  
Leiter, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme,  
Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

*Stellvertreter*

Dr. Oleg Chestnov  
Stellvertretender Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für  
Gesundheit und Soziale Entwicklung

*Berater*

Anatoly Kotelnikov  
Berater des Ministers für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Vadim Yegorov  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Wissenschaft, Bildung und Personalpolitik, Ministeri-  
um für Gesundheit und soziale Entwicklung

Prof. Yulia Mikhailova  
Erste Stellvertretende Leiterin, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung  
und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Nikita Sikachev  
Leitender Berater, Abteilung Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige  
Angelegenheiten

Zoya Sereda  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsschutz und sanitäres und epidemiologisches Gemeinwohl,  
Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Mariya Churilova  
Zweite Sekretärin, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei den Europäischen  
Gemeinschaften in Brüssel

Dr. Yulia Demina  
Stellvertretende Abteilungsleiterin, Föderale Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Dr. Mark Tseshkovsky  
Leiter, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsmanagement und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Nadezhda Kuleshova  
Leitende Sachverständige, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

### **San Marino**

#### *Repräsentant*

Pier Paolo Pasini  
Generaldirektor, Institut für soziale Sicherheit

#### *Stellvertreter*

Mauro Fiorini  
Rechtsexperte, Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde

### **Serbien**

#### *Repräsentanten*

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister

Dr. Elizabeth Paunović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

#### *Stellvertreterin*

Marija Barlović  
Beraterin, Botschaft Serbiens in Dänemark

### **Slowakei**

#### *Repräsentanten*

Daniel Klačko  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Zuzana Slezáková  
Leiterin, Abteilung Bildung, Gesundheitsministerium

#### *Stellvertreter*

Elena Jablonická  
Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Vladimir Jurina  
Gesundheitsbehörde

### **Slowenien**

#### *Repräsentanten*

Dr. Ivan Eržen  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Seine Exzellenz Herr Bogdan Benko  
Botschafter Sloweniens in Dänemark

#### *Stellvertreterinnen*

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Gesunde Lebensweisen, Gesundheitsministerium

Irena Rappelj  
Erste Sekretärin, Botschaft Sloweniens in Dänemark

### **Spanien**

#### *Repräsentant*

Ildefonso Hernández Aguado  
Generaldirektor, Abteilung für internationale und nationale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

#### *Stellvertreter*

Dr. Alberto Infante Campos  
Generaldirektor, Oberste Regulierungs- und Aufsichtsbehörde für Berufe und Kohäsion im Gesundheitssystem, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Carmen Castañón Jiménez  
Stellvertretende Generaldirektorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### **Schweden**

#### *Repräsentanten*

Lars-Erik Holm  
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Fredrik Lennartsson  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Soziales

#### *Stellvertreter*

Bosse Pettersson  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Anna Halén  
Stellvertretende Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Sofia Jerneck  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Maria Möllergren  
Rechtsberaterin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Ingvor Bjugård  
Leitende Beraterin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

## **Schweiz**

### *Repräsentanten*

Prof. Thomas Zeltner  
Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Vizedirektor, Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

### *Stellvertreter*

Jean-Daniel Biéler  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Franz Wyss  
Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

### *Beraterinnen*

Stephanie Gratwohl  
Eidgenössisches Departement für Auswärtige Angelegenheiten

Marie Battiston  
Ständige Vertretung der Schweiz bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen Internationalen Organisationen in Genf

## **Tadschikistan**

### *Repräsentanten*

Nusratullo Salimov  
Gesundheitsminister

Ilhomjon Bandaev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Tschechische Republik***Repräsentanten*

Ivo Hartmann  
Generaldirektor, Wirtschaftliche und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für  
Gesundheit

Michaela Pruchova  
Abteilung Internationale Angelegenheiten und die Europäische Union, Gesundheitsminis-  
terium

*Berater*

Lukas Matysek  
Gesundheitsministerium

**Türkei***Repräsentanten*

Prof. Recep Akdağ  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Melih Mehmet Akat  
Botschafter der Türkei in Dänemark

*Stellvertreter*

Dr. Mehmet Domaç  
Mitglied, Parlamentarischer Ausschuss für Gesundheit, Familie, Arbeit und Soziales

Prof. Nihat Tosun  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten

Prof. Sabahattin Aydın  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Salih Mollahaliloğlu  
Präsident, Türkisches Institut für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinkılıç  
Stellvertretender Generaldirektor für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsminis-  
terium

Sevim Tezel Aydın  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsminis-  
terium

Dr. Ahmet Refik İmamecioğlu  
Staatliche Agentur für öffentliche Gesundheit Refik Saydam, Gesundheitsministerium

Fatma Pihava Ünlü  
Erste Sekretärin, Botschaft der Türkei in Dänemark

### **Turkmenistan**

#### *Repräsentant*

Dr. Nurmuhamet Amanepesov  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Medizinalindustrie

### **Ukraine**

#### *Repräsentanten*

Dr. Vasil Knyazevych  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Pavlo Riabikin  
Botschafter der Ukraine in Dänemark

#### *Stellvertreter*

Dr. Olesya Hulchiy  
Vize-Rektorin für internationale Beziehungen, Staatliche Medizinische Universität  
O. Bohomolets

Dr. Viktor Sirman  
Leiter, Büro des Gesundheitsministers

Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### **Ungarn**

#### *Repräsentanten*

Dr. Tamás Székely  
Gesundheitsminister

Dr. Mihály Kökény  
Präsident, Gesundheitsausschuss, ungarisches Parlament

#### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Dr. András Tóth  
Botschafter Ungarns in Dänemark

Dr. Árpád Mészáros  
Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium

#### *Berater*

Noémi Kondorosi  
Beraterin, Gesundheitsministerium

Emre Tamás Schild  
Dolmetscher, Gesundheitsministerium

### **Usbekistan**

#### *Repräsentanten*

Prof. Adham Ikramov  
Gesundheitsminister

Dr. Abdunumon Sidikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### **Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland**

#### *Repräsentant*

Sir Liam Donaldson  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

#### *Stellvertreter*

Dr. David Harper  
Abteilungsleiter, Schutz und Stärkung der Gesundheit, Gesundheitsministerium

Sarah Hendry  
Direktorin, Abteilung für internationale Gesundheit, Gesundheitsministerium

#### *Berater*

Niall Fry  
Stellvertretende Privatsekretärin, Gesundheitsministerium

Dr. Nicola Watt  
Dezernent für Politikfragen, Gesundheitsministerium

Adetola Akinfolajimi  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Gesundheitsministerium

### **Weißrussland**

#### *Repräsentant*

Dr. Robert Chasnoyt  
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister

### **Zypern**

#### *Repräsentanten*

Dr. Christos G. Patsalides  
Gesundheitsminister

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Dr. Evi Missouri  
Generalkoordinatorin, Abteilung für europäische Koordination, Gesundheitsministerium

George Campanellas  
Leitender Beamter, Büro des Ministers, Gesundheitsministerium

*Berater*

Demetris Constantinou  
Pressereferent, Gesundheitsministerium

## **II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa**

*Kanada*

Robert Shearer  
Berater, Gesundheits- und Sozialfragen, Vertretung Kanadas bei der Europäischen Union

*Vereinigte Staaten von Amerika*

David E. Hohman  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

## **III. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten**

*Heiliger Stuhl*

Mgr. Jean-Marie Mpendawatu  
Pontifikalrat, Seelsorgerischer Beistand für Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung

## **IV. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen**

*Internationale Organisation für Migration*

Linda Eriksson  
Verbindungs- und Projektbeamtin

*Weltbank*

Dr. Armin H. Fidler  
Leitender gesundheitspolitischer Berater für Gesundheits-, Ernährungs- und Bevölkerungsfragen

## **V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen**

*Europarat*

Alexander Vladychenko

Dr. Piotr Mierzewski

*Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher*

Dr. Andrzej Rys  
Matti Rajala  
Canice Nolan  
Dr. Isabel De la Mata

*Europäische Kommission – Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten*

Zsuzsanna Jakab  
Dr. Lucianne Licari  
Dr. Massimo Ciotti

## **VI. Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten**

*Alzheimer's Disease International*

Marc Wortmann

*Internationale Diabetes-Föderation*

Prof. Sehnaz Karadeniz

*Internationale Kommission für Arbeitsmedizin*

Suvi Lehtinen

*International Federation on Ageing*

Mirjana Saabye

*Internationaler Ärztinnenbund*

Dr. Vibeke Jorgensen

*Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Sandra Gaisch

*Internationaler Verband für Familienplanung (europäisches Netzwerk)*

Irene Donadio

*International Special Dietary Foods Industries*

Marie Louise Elmgren  
Jean Claude Javet

*Medicus Mundi International Network*

Dr. Mariska Meurs

*Weltärztebund*

Christina Lumby Rasmussen

*Weltbund der Organisationen für Gesundheitsregister*

Darley Petersen

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Dr. Jacob Gren  
Vanessa Ann Jessop  
Remco Kruithof  
Cansin Kurter  
Andrea Labruto  
Dr. Georgios Polychronidis

*Weltverband für Hämophilie*

Catherine Hudon  
Brian O'Mahony

*Weltvereinigung für physikalische Therapeutik*

Dr. Emma Stokes  
Karen Langvad

*World Association for Sexual Health*

Dr. Kevan Wylie

*World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy*

Prof. Umberto Solimene  
Natalia Tchaourskaia  
Dr. Gabriela Crescini

*World Self-Medication Industry*

Sophie Crousse

**VII. Beobachter***Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Paul de Raeve

*Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände*

Lillian Bondo

*European Forum for Primary Care*

Dr. Pim De Graaf  
Diederik Aarendonk

*European Public Health Association*

Prof. Stanislaw Tarkowski  
Dr. Dineke Zeegers-Paget

*EuroPharm Forum*

Dr. Dick Tromp

*Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*

Dr. Valery Chernyavskiy  
Hind Khatib Othman  
Dr. Urban Weber

*Litauischer Ärzteverband*

Prof. Liutauras Labanauskas  
Lina Jakubaitienė

*Verbund Regionen für Gesundheit*

Dr. Pina Frazzica

*Gäste und Berater auf Zeit*

Dr. Daniela Cîrlan  
Prof. Danka Farkašová  
Dr. Jon Hilmar Iversen  
Dr. Viktors Jaksons  
Aase Lis Larsen  
Prof. Guðjón Magnússon  
Prof. Martin McKee  
Prof. Elias Mossialos  
Dr. Božidar Voljč

## Anhang 4

### Bericht des Regionaldirektors

Sehr geehrter Herr Präsident, Königliche Hoheit, sehr geehrte Damen und Herren Minister, Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedstaaten und der anderen Organisationen, sehr geehrte Frau Generaldirektorin, meine sehr geehrten Damen und Herren,

für meinen letzten Tätigkeitsbericht habe ich mich bemüht, die Tätigkeit des Regionalbüros in den vergangenen zwölf Monaten aus zweierlei Sicht darzustellen. Zunächst einmal als Rückblick auf die zehn Jahre, die seit meinem Amtsantritt im Jahr 2000 vergangen sind; ein Dokument mit einem Überblick über die wichtigsten Ereignisse, Maßnahmen und Prioritäten während dieses Zeitraums haben Sie ja bereits erhalten. Doch ich möchte das vergangene Jahr auch aus einer anderen, von mir stets vertretenen Perspektive darstellen, die den Besonderheiten unserer Region vor dem Hintergrund des übergeordneten Rahmens des Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO gerecht wird.

### Die prägenden Ereignisse des vergangenen Jahres

Sicher werden Sie mir zustimmen, dass die vergangenen zwölf Monate seit unserer Tagung in Tiflis äußerst turbulent waren. Ohne mich an eine chronologische Ordnung zu halten, möchte ich mit dem Thema beginnen, das uns alle beschäftigt: die Influenza H1N1. Wie Sie heute Morgen beschlossen haben, steht dieses Thema auch in unserer Sitzung heute Nachmittag auf der Tagesordnung. In der morgigen Fachinformationssitzung werden wir das Thema dann nochmals aufgreifen.

### Die Influenza H1N1

Selten in der Geschichte hat eine Krankheit in der Öffentlichkeit solche Emotionen geweckt und ein solches Echo in den Medien gefunden. Dies trifft natürlich vor allem auf die entwickelten Länder zu. Zum ersten Mal seit Inkrafttreten der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Jahr 2007 wird ein Ereignis als „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ eingestuft.

Oft wird die Frage gestellt, ob dies nicht eine Dramatisierung der Lage sei, doch diese Frage ist eigentlich zweitrangig. Die Pandemie ist im Gange, und es besteht kein Zweifel, dass sie sich schnell ausbreiten und dass sie lange dauern wird. Natürlich ist ungewiss, wie sie sich entwickeln wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich nicht vorhersehen, wie sich das Virus verändern und wie gefährlich es sein wird. Bekannt ist dagegen, dass das Virus unberechenbar ist und dazu neigt, jüngere Altersgruppen zu befallen als die saisonale Grippe.

Die Geschichte der Pandemien lehrt uns, dass wir besonders wachsam sein müssen und uns nicht von der Vorstellung verleiten lassen sollten, das Virus sei nur wenig aggressiv. Bei einem Ereignis solchen Ausmaßes ist es nur recht und billig, dass die WHO ebenso wie die nationalen Behörden sich für Transparenz und Wahrheit und gegen Geheimhaltung entschieden haben, weil ihnen diese später zur Last gelegt worden wäre. Diese Entscheidung hat natürlich bei der betroffenen Bevölkerung Beunruhigung und bei den Medien ein beträchtliches Interesse hervorgerufen. Andererseits kommt das Interesse an der gegenwärtigen Pandemie den nationalen Bereitschaftsplänen zugute, die infolge der in jüngster Zeit aufgetretenen Epidemien von Vogelgrippe und SARS erstellt worden waren. Unsere Aufgabe besteht nun darin, weiterhin eine aktive Surveillance zu gewährleisten, zutreffende Informationen bereitzustellen und der Bevölkerung

Mut zu machen, sie jedoch gleichzeitig dazu aufzufordern, die empfohlenen Hygienemaßnahmen einzuhalten, und in umsichtiger Weise die entscheidende Phase vorzubereiten: die Impfung.

In den kommenden Monaten werden wir mit zahlreichen Problemen konfrontiert werden, auf die wir vorbereitet sein müssen, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Diese Probleme ergeben sich aus der Frage, welche Personen bzw. Personengruppen bei der Verteilung der Impfstoffe vorrangig zu berücksichtigen sind: Gesundheitspersonal, Schwangere, Patienten mit chronischen Erkrankungen, vor allem Atemwegserkrankungen, und Adipositas-Patienten. Wir müssen aber auch darüber nachdenken, welche Botschaft wir an diejenigen Personen aussenden, die nicht zu den vorrangigen Gruppen zählen, aber angesichts eines Impfstoffmangels besorgt sind. Dieselbe Frage stellt sich auf weltweiter Ebene, wo den Ländern, die in großem Umfang Impfstoff beschaffen können, andere Länder gegenüberstehen, die von diesem Markt ausgeschlossen sind. Die Problematik von Solidarität und mangelnder Chancengleichheit stellt sich in Krisenzeiten besonders akut dar.

Eine weitere Ungewissheit betrifft die Frage nach der Fähigkeit der Gesundheitssysteme, ein Massenimpfprogramm einzurichten. Hier zeigt sich einmal mehr, wie wichtig ein gut funktionierendes und gut geführtes Gesundheitssystem ist.

Die Sitzung heute Nachmittag und die morgige Fachinformationssitzung bieten die Gelegenheit, alle diese Fragen zu erörtern und vielleicht bis zu einem gewissen Grad eine ähnliche Sichtweise der Krise zu entwickeln. Dies betrifft vor allem die Auswirkungen der Gesundheitsmaßnahmen auf das Funktionieren unserer Gesellschaft.

Heute stellt die Influenza H1N1 nicht nur eine individuelle Gefährdung, sondern aufgrund ihrer zu erwartenden ökonomischen und sozialen Auswirkungen vielmehr eine Gefahr für die Allgemeinheit dar. Ihre Folgen könnten die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen treffen. Dieser Teufelskreis muss durch einen gleichermaßen individuell und gesellschaftlich ausgerichteten Ansatz durchbrochen werden.

### **Die Finanzkrise**

Schon bei den ersten Anzeichen der Krise hat die WHO die Tragweite der Situation erkannt und eine Arbeitsgruppe eingesetzt, zu deren Vorsitzenden Frau Chan dankenswerterweise Herrn Dr. Asamoah-Baah und mich ernannt hat.

Wir haben die Mitgliedstaaten regelmäßig über die Gefahren der Krise für die Gesundheitssysteme sowie über geeignete Lösungen informiert, namentlich für die Länder, die mit ökonomischen Schwierigkeiten und den damit verbundenen Problemen für die Gesundheit der Bevölkerung zu kämpfen haben. Zu diesem Thema wurde ein Dokument für die vor der Tagung des Exekutivrats durchgeführte Besprechung erstellt, deren Bericht ebenfalls in großem Umfang verteilt wurde.

Auf der Ebene der Europäischen Region fand im April in Oslo eine hochrangige Tagung statt. Neben einem Informations- und Erfahrungsaustausch trat auf der Tagung auch ein deutlicher Kampfgeist zutage. Das Gesundheitswesen darf es nicht länger hinnehmen, dass ihm astronomische Ausgaben vorgeworfen werden, sondern muss aktiv seinen Beitrag gerade auch zur wirtschaftlichen Entwicklung herausstellen. Ein anderes inhaltliches Ergebnis der Tagung von Oslo war die Bestätigung, dass die in den vergangenen Jahren von den Gesundheitsministerien – oft zusammen mit der WHO – ausgearbeiteten Konzepte eine geeignete Reaktion auf die Krise darstellen. Dies trifft in besonderem Maße auf die primäre Gesundheitsversorgung zu. Natürlich stellt die Krise mit den aus ihr resultierenden gesundheitlichen und sozialen Problemen an sich keine Chance dar, doch kann sie als eine Ausnahmesituation begriffen werden, in der

Weichenstellungen vorgenommen und die vorhandenen Erkenntnisse durch Schöpfen aus der Erfahrung vertieft werden.

### **Die Gaza-Krise**

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle kurz die bescheidene, jedoch konstruktive Rolle des Regionalbüros zu erwähnen, als es im vergangenen Winter dank seiner Kontakte in Israel Medikamentenlieferungen aus der Türkei für die Bevölkerung im Gaza-Streifen ermöglichte.

### **Die Weiterverfolgung der Konferenz von Tallinn zum Thema Gesundheitssysteme**

Die Konferenz von Tallinn im Juni 2008 hat in den Gesundheitssystemen eine neue Dynamik in Gang gesetzt. Sie hat große Hoffnungen auf Fortschritte im Gesundheitsbereich geweckt. Deshalb musste gewährleistet werden, dass nach Abschluss der Konferenz auch konkrete Folgemaßnahmen ergriffen werden.

Ein besonderes Augenmerk bei der Weiterverfolgung auf nationaler und regionaler Ebene galt der Evaluation der Leistung und der Stärkung der Steuerungsfunktion der Gesundheitssysteme. Auf der Ebene der Region konnten wir namentlich dank der finanziellen Unterstützung des britischen Gesundheitsministeriums in diesen beiden Bereichen tätig werden.

Gleichzeitig haben wir auch eine Reihe von Mitgliedstaaten der Region, darunter Estland, Georgien, Kirgisistan, Lettland, Portugal und Tadschikistan, bei der Bewertung der Leistung ihrer Gesundheitssysteme und bei der Analyse der Wirkung bestimmter Reformen unterstützt.

Vor diesem Hintergrund haben wir auch den Bereich der Bildung gefördert, indem wir Tagungen für Gruppen von Ländern organisiert haben, etwa für die baltischen Staaten und Polen.

Im Februar 2009 fand eine erste Folgetagung statt, auf der die Mitgliedstaaten der Region einen Meinungsaustausch über die Weiterverfolgung der Charta von Tallinn angesichts der veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hielten.

Der Themenkomplex der Gesundheitssysteme ist ausreichend umfassend, um eine Vielzahl gesundheitspolitischer Maßnahmen unter einem Dach zu vereinen und anzuordnen. Als Beispiel möchte ich den **Weltgesundheitstag** zum Thema „Vorbereitung von Krankenhäusern auf Krisensituationen“ nennen. Dieser Tag wurde in zahlreichen Mitgliedstaaten der Region mit einem breiten Spektrum von Aktivitäten begangen. Ich selbst habe an einem Praxistest zu diesem Thema in der Republik Moldau teilgenommen. Ich muss gestehen, dass ich von dem Engagement und der Motivation der Teilnehmer aus verschiedenen Sektoren beeindruckt war. Ich habe daraus den Schluss gezogen, dass die Gesundheitssysteme lernen müssen, die heute weltweit drohenden Krisen wirksamer zu bewältigen und in der Bildung sowie bei Versuchen und Simulationen Methoden zu verwenden, wie sie in anderen Politikbereichen üblich sind.

Im Zusammenhang mit der Konferenz von Tallinn möchte ich auch auf unsere anhaltende Arbeit auf dem Gebiet der **Migration von Gesundheitsfachkräften** hinweisen, in der wir uns von unseren Mitgliedstaaten – und insbesondere Norwegen – beflügeln lassen. Wie in jeder Region befasst sich auf Wunsch des Exekutivrats auch unser Regionalkomitee mit dieser Thematik. Die Europäische Region trägt weiter aktiv zur gegenwärtigen Ausarbeitung des geplanten Verhaltenskodexes bei. Als Mitglied des globalen Rates zu dieser Thematik habe ich mich an meine Amtskollegen in den anderen Regionen gewandt, um eine Intensivierung und Vereinheitlichung der Anstrengungen in diesem Bereich zu erreichen.

Anlässlich des **30. Jahrestages der Erklärung von Alma-Ata** haben sich im Oktober letzten Jahres Teilnehmer aus aller Welt in dieser geschichtsträchtigen Stadt in Kasachstan versammelt. Die WHO und ihre Generaldirektorin haben damals die nach wie vor unverminderte Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung für die Gesundheitssysteme beschworen. In dem auf der Veranstaltung verteilten Bericht werden die Grundzüge einer zeitgemäßen Versorgung in diesem Bereich aufgezeigt, der in nächster Nähe von Bürger und Gesellschaft angesiedelt ist.

Schließlich möchte ich an dieser Stelle auch die wesentliche Rolle und die von allen anerkannte großartige Arbeit des **Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** hervorheben. Das unter der Leitung von Herrn Dr. Figueras stehende Observatorium ist ein Musterbeispiel für konstruktive Zusammenarbeit. So hat es auch auf der Konferenz von Tallinn selbst eine maßgebliche Rolle gespielt. Mit seinen Veröffentlichungen, seinen Grundsatz- und Hintergrundpapieren, seinen Sommerkursen und seiner Arbeit zur Unterstützung der Reformen in zahlreichen Ländern wie Belgien, Lettland, Polen, der Republik Moldau und dem Vereinigten Königreich ist dieses Programm ein Garant für Kontinuität und Fortschritte im Folgeprozess von Tallinn. Aufgrund seiner Kooperation mit zahlreichen Partnern findet seine Arbeit erhebliche Verbreitung, die sogar über die Europäische Region hinausreicht.

## **Aktivitäten in den verschiedenen Bereichen der öffentlichen Gesundheit**

### **Übertragbare Krankheiten**

Auch wenn die Influenza vor allem in den letzten Monaten viel Zeit und Mühe in Anspruch genommen hat, wurden die anderen Aktivitäten in diesem Tätigkeitsbereich dennoch fortgesetzt. Als erstes möchte ich hier die **dritte Europäische Impfwoche** erwähnen. An dieser Veranstaltung haben vom 20. bis 26. April 2009 insgesamt 36 Länder der Region teilgenommen. Dabei wurden moderne Kommunikationsmedien wie YouTube, Facebook, VKontakte und StudiVZ gezielt eingesetzt, um unsere Botschaft zu vermitteln. Die Propaganda der Impfgegner wird weiterhin vor allem im Internet verbreitet, und so war es unverzichtbar, ihr auf denselben Kanälen entgegenzutreten.

Leider zeichnet sich mittlerweile ab, dass sich das Ziel der Eliminierung von **Masern** und **Röteln** in der Europäischen Region bis 2010 nicht erreichen lässt. Die verbleibenden Herde dieser Krankheiten sind durch Impfverweigerung in bestimmten Bevölkerungsgruppen bedingt.

Auf dem Gebiet der **Tuberkulosebekämpfung** wurden die vor zwei Jahren in Berlin eingegangenen weitreichenden Verpflichtungen umgesetzt und erweitert. Ein besonderes Augenmerk richtete sich dabei auf das Problem der multiresistenten Tuberkulose in den besonders stark betroffenen Ländern, namentlich den 18 Ländern der Region, die als vorrangig eingestuft werden. Die bedürftigen Länder erhalten konkrete Hilfe bei der Beantragung von Mitteln beim Globalen Fonds, dem Green Light Committee, der Globalen Arzneimittelfazilität und UNITAID.

Die Eliminierung der **Malaria** in der Region stellt einen wesentlichen Fortschritt dar. Allerdings werden aus sechs der 53 Mitgliedstaaten noch Fälle von lokaler Übertragung gemeldet. Dabei handelt es sich um Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Tadschikistan, die Türkei und Usbekistan. Turkmenistan durchläuft derzeit das Zertifizierungsverfahren, Armenien wird in Kürze folgen. Dank der Unterstützung durch den Globalen Fonds wird die Bekämpfung von Malaria in den betroffenen Ländern zur Entwicklung von Wirtschaft, Tourismus und Handel beitragen.

### **Nichtübertragbare Krankheiten**

Diese Krankheiten spielen in der Arbeit des Regionalbüros auch weiterhin eine vorrangige Rolle, wobei die Bekämpfung der zentralen Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum sowie

Adipositas im Mittelpunkt steht. Auch im Bereich des Schutzes der Gesundheit von Müttern und Kindern investiert das Regionalbüro in großem Umfang.

Die Wahl des Leiters sowie der führenden Mitarbeiter für die neu gegründete **Außenstelle in Athen** ist gemäß der Geschäftsordnung der WHO bereits im Gange. Die Außenstelle wird Ende 2009 ihre Tätigkeit aufnehmen, so dass sich die Kompetenz des Regionalbüros auf diesem Gebiet erhöhen und die Umsetzung der Europäischen Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und ihrer Risikofaktoren erleichtert wird.

Auf dem Gebiet der **psychischen Gesundheit** stand das vergangene Jahr im Zeichen der Veröffentlichung eines Berichts der Europäischen Region am 10. Oktober 2008 in London. Dieser Bericht, der in Zusammenarbeit mit der EU-Kommission sowie mit der Unterstützung des Gesundheitsministeriums in London entstand, enthält neue Daten über Politik und Praxis in der psychischen Gesundheitsversorgung in der gesamten Europäischen Region. So schafft er neue Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Mitgliedstaaten anhand genau definierter Indikatoren.

Die Vorbereitungen auf die **Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit** sind voll im Gange. Sie wird gemäß einem Beschluss der 54. Tagung des Regionalkomitees mit Unterstützung der italienischen Regierung vom 10. bis 12. März 2010 in Parma stattfinden. Vorbereitungsveranstaltungen haben bereits in Andorra, Deutschland, Kirgisistan, Luxemburg, Österreich, Serbien, Spanien und Tadschikistan stattgefunden. Ich darf Sie daran erinnern, dass am Mittwoch während der Mittagspause eine Fachinformationssitzung zu dieser Thematik stattfindet.

### **Die sozialen Determinanten von Gesundheit**

Der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit, der auf der Tagung des Regionalkomitees in Tiflis vorab vorgestellt wurde, führte zu einer Resolution der Weltgesundheitsversammlung, die Leitlinien für die Umsetzung der Empfehlungen der Kommission enthält. Der Bericht wurde in diesem Jahr mehrfach auf Tagungen mit Beteiligung von Wissenschaft und Politik sowie Vertretern internationaler Organisationen vorgestellt und diskutiert. Die Tagung im November in London, an der Herr Premierminister Brown teilgenommen hat, bot ein anschauliches Bild davon, wie detailliert und engagiert über diesen Bericht diskutiert wurde.

Am 13. November 2008 fand in der Ukraine eine vom Regionalbüro organisierte Konferenz zum Thema **Frauen im Strafvollzug** statt. Diese fügt sich in das Engagement der WHO für die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern ein, wie es in der diesbezüglichen Strategie der Weltgesundheitsversammlung aus dem Jahr 2007 verankert ist. Die Konferenz verabschiedete zum Abschluss eine Erklärung, die später auch von der 18. Tagung der Kommission für Verbrechenverhütung und Strafrechtspflege angenommen wurde. Im Oktober ist eine internationale Konferenz in Madrid geplant, die sich mit den wichtigsten übertragbaren Krankheiten im Strafvollzug befasst.

Schließlich freue ich mich, Ihnen heute mitteilen zu können, dass Herr Dr. Alex Gatherer in Anerkennung seiner Führungskompetenz auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung im Strafvollzug im Rahmen des diesbezüglichen WHO-Programms von der Amerikanischen Gesellschaft für öffentliche Gesundheit eine begehrte Auszeichnung erhalten hat.

### **Partnerschaftliche Zusammenarbeit**

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den anderen Organisationen (innerhalb wie außerhalb der Vereinten Nationen, staatliche wie nichtstaatliche Organisationen), die eine zentrale Säule der im Jahr 2000 angenommenen Länderstrategie bildet, hat auch im vergangenen Jahr wieder eine wichtige Rolle gespielt.

Die Beziehungen zwischen dem Regionalbüro für Europa und den Institutionen der Europäischen Union entwickeln sich auch weiterhin in einer Atmosphäre, die für beide Seiten von Nutzen ist. Die jüngste Bilanz dieser Zusammenarbeit, die wie in jedem Jahr anlässlich der hochrangigen Tagung von Vertretern der WHO und der EU-Kommission präsentiert wurde, zeigt eindeutig eine Verstärkung und Vertiefung unserer Kooperationen auf strategischer und fachlicher Ebene wie auch in der Feldarbeit.

Dabei ist die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher unser wichtigster Partner, doch auch mit anderen Generaldirektionen, wie GD Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, GD Landwirtschaft, GD Umwelt und GD Regionalpolitik, entwickeln sich nützliche Kontakte. Ferner arbeiten wir auch mit sechs fachlichen Dienststellen zusammen, die für Gesundheitspolitik zuständig sind. Hier ist in erster Linie das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zu nennen, mit dem wir im vergangenen Jahr sehr intensiv zusammengearbeitet haben, nicht nur bei der Bekämpfung der Influenza H1N1.

Fortgesetzt haben wir auch unsere Zusammenarbeit mit den **aufeinander folgenden Präsidenschaften der Europäischen Union**, also von der französischen über die tschechische bis zur schwedischen Präsidenschaft. Sie erstreckte sich auf eine Vielzahl von Bereichen, insbesondere die Bekämpfung mikrobiologischer Risiken, aber auch auf die Finanzierung der Gesundheitssysteme, personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich, Unfall- und Gewaltprävention, Alkoholmissbrauch und natürlich die Pandemie H1N1.

Unser Büro in Brüssel wurde personell verstärkt, und es wurden gezielte Schulungsmaßnahmen für das gesamte Personal des Regionalbüros durchgeführt, die einer Verbesserung des Kenntnisstandes über die Arbeit der Institutionen und Akteure innerhalb der Europäischen Union dienen sollen.

Auch die Zusammenarbeit mit unseren **anderen internationalen Partnern** wurde fortgesetzt, insbesondere im Rahmen von Feldmissionen, etwa mit der Weltbank bei der Stärkung der Gesundheitssysteme, mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) in den Bereichen Impfwesen, Ernährung, Unfall- und Gewaltprävention sowie mit dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) auf dem Gebiet der Reproduktionsgesundheit. Mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) arbeiten wir an der Harmonisierung und Verbreitung von Daten und Analysen über Gesundheit. Unser Büro verfügt mittlerweile über interne Strukturen, die der Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Beantragung von Mitteln der GAVI-Allianz und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria dienen.

Wir beteiligen uns natürlich auch an den Überlegungen und Anstrengungen zur Verbesserung der Feinabstimmung der Strategien und Maßnahmen von Organisationen der **Vereinten Nationen (One UN)** sowohl auf allgemeiner Ebene als auch im Rahmen von Feldmissionen (namentlich in Albanien, einem der Pilotländer in diesem Prozess).

### **Interne Angelegenheiten des Regionalbüros**

Die in diesem Jahr durchgeführte Befragung der Mitgliedstaaten der Region zu ihrer Zufriedenheit mit der Arbeit des Regionalbüros verstehen wir als eine Aufforderung, unsere Arbeit im Dienst der Mitgliedstaaten fortzusetzen. Sie bietet gleichzeitig eine nützliche Orientierungshilfe für die künftige Weiterentwicklung unserer Angebote. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung haben Sie erhalten.

Ohne ins Detail gehen zu wollen, möchte ich hier lediglich feststellen, dass das Konzept der allmählichen **Verlagerung von Verantwortung** auf Mitarbeiter, die möglichst nahe

am eigentlichen Geschehen sind, d. h. insbesondere in den Länderbüros, weiter vorangetrieben wird. Diese Bestrebungen zur Verstärkung der Verlagerung von Verantwortung werden begleitet von einer kontinuierlichen Verbesserung der Schulung der Mitarbeiter auf allen Ebenen. Ich persönlich lege großen Wert darauf, dass innerhalb des Regionalbüros Unternehmergeist und Eigeninitiative gefördert werden. Und so möchte ich nochmals meine Dankbarkeit gegenüber allen Mitarbeitern und meine Anerkennung für ihre Fähigkeiten und ihren Einsatz zum Ausdruck bringen. Ich bin überzeugt, dass Sie meine Auffassung teilen.

Wie Sie sicher wissen, sind wir gegenwärtig dabei, in der WHO ein **globales Management-System** einzuführen. Es bringt einschneidende Veränderungen für unsere Arbeitsweise mit sich. Eine solche Umstellung gelingt nicht problemlos und ohne eine gewisse Durststrecke zu überwinden. Doch der gute Wille aller Beteiligten, unterstützt durch entschlossene Anstrengungen zur Förderung von Information und Schulung, muss es uns erlauben, diese Durststrecke von ein paar Monaten weitgehend unbeschadet zu überstehen.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle noch einmal die immensen Fortschritte hervorzuheben, die wir in unserer Organisation in den letzten Jahren aufgrund des politischen Willens und großen diplomatischen Geschicks von Frau Dr. Chan erzielt haben. Und so erfüllt sich dank der von ihr gesetzten Impulse Schritt für Schritt mein Traum von einer Organisation, die gleichermaßen vereint und doch dezentralisiert ist und harmonisch im Dienst der Mitgliedstaaten arbeitet.

Die in regelmäßigen Abständen stattfindenden Treffen zwischen **Generaldirektorin und Regionaldirektoren** haben auch das vergangene Jahr geprägt. Sie haben sich in aller Offenheit mit den wesentlichen Fragen der Politik der Organisation befasst – mit dem ausschließlichen Ziel, die Führung unserer Organisation und die Effizienz ihrer Arbeit zu verbessern. Die letzte dieser Tagungen fand in Tirana statt. Damals hatte ich das Vergnügen und die Ehre, meinen Amtskollegen die Vorhaben des Regionalbüros in Albanien präsentieren zu können, die unseren Mitarbeitern den Respekt und das Vertrauen der Bevölkerung vor Ort eingebracht haben.

## Schlussbemerkungen

Am 31. Januar nächsten Jahres werde ich die Verantwortung, die Sie mir vor zehn Jahren übertragen haben, an meinen Nachfolger oder meine Nachfolgerin weitergeben. Unabhängig davon, auf wen Ihre Wahl letztendlich fällt, werde ich es mir zur Pflicht machen, die Übergangphase nach Kräften zu erleichtern.

Zum Abschluss meines letzten Tätigkeitsberichts möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich nochmals bei den Mitgliedstaaten zu bedanken: für ihr Vertrauen, ihre Unterstützung und die Chance, eine in jeder Beziehung erhebende Aufgabe zu erfüllen.

Bedanken möchte ich mich auch einmal mehr bei den Beschäftigten der WHO für ihre unerschütterliche Loyalität gegenüber der Organisation und für ihre anhaltende Unterstützung, die sie mir in den vergangenen zehn Jahren gewährt haben. Schließlich danke ich noch den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für die Art und Weise, in der sie die Arbeit des Regionalbüros und mich persönlich als Regionaldirektor unterstützt haben.

Mein letztes Wort des Dankes gilt seinem derzeitigen Vorsitzenden, Dr. Bjørn-Inge Larsen, für den Mut, die Gewissenhaftigkeit und die Aufrichtigkeit, mit denen er sein Amt wahrgenommen hat. Ich bin sehr froh darüber, dass aus unseren beruflichen Beziehungen Freundschaft geworden ist. Denn das bleibt das Wichtigste, wenn einmal die Arbeit erledigt ist.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



## Anhang 5

### **Ansprache der Generaldirektorin**

Herr Vorsitzender, sehr geehrte Ministerinnen und Minister, sehr geehrte Delegierte, sehr geehrter Herr Dr. Danzon, meine Damen und Herren,

gestatten Sie mir, zu Beginn Herrn Dr. Danzon und die Europäische Region für die zahlreichen Erfolge unter seiner Führung zu würdigen.

Diese Erfolge nahmen ihren Ausgang zu einer Zeit, da die Mitgliedstaaten der Europäischen Region überwiegend als eine privilegierte Gruppe von Ländern mit hohem Lebensstandard und hoher Lebenserwartung, einem beeindruckenden Maß an Bevölkerungsgesundheit und gut funktionierenden Gesundheitssystemen beneidet wurden.

Von diesem günstigen Ausgangspunkt hat die Region ihre gesundheitspolitische Tagesordnung auf neue Tätigkeitsfelder ausgedehnt. Sie haben Pionierarbeit auf zahlreichen Gebieten geleistet, darunter Umwelt und Gesundheit, Folgen der Verstädterung auf die Gesundheit, einschließlich der psychischen Gesundheit, die gesundheitlichen Bedürfnisse von Senioren und die Bedeutung gesundheitsförderlicher Lebensgewohnheiten für die Prävention.

Sie haben wegen der Zunahme chronischer Erkrankungen Alarm geschlagen und auch hier auf eine Verstärkung der Prävention gedrängt. Sie haben den Grundstein dafür gelegt, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit heute besser verstanden werden und dass ihnen durch Handlungskonzepte entgegengewirkt wird, in denen gesellschaftlicher Zusammenhalt und soziale Absicherung als lohnende politische Ziele anerkannt werden.

Dies hat sich als zukunftsweisend für die ganze Welt erwiesen. Wie wir wissen, gehören diese Themen mittlerweile zu den wichtigsten Anliegen der Gesundheitspolitik in allen Regionen der Welt.

Die gesundheitspolitische Tagesordnung in der Europäischen Region hat sich in den 1990er Jahren dramatisch verändert, als die Länder Mittel- und Osteuropas eine Zeit des Übergangs mit umwälzenden politischen und wirtschaftlichen Veränderungen erlebten. Damals kam es zu einer Rückkehr einst verbreiteter Gesundheitsprobleme oder sie traten wieder mehr in den Vordergrund, vor allem dort, wo die staatlichen Gesundheitsausgaben deutlich gesenkt wurden.

Infolge dessen wurden Zustände, die zuvor auf Armutsinseln oder Brennpunkte beschränkt waren, oft zu einem landesweiten Phänomen. Die engen Zusammenhänge zwischen Wohlstand und Gesundheit traten nun noch stärker zutage.

Konkrete Ereignisse wie das Wiederauftreten der Tuberkulose und die Rückkehr durch Impfung vermeidbarer Krankheiten deuteten auf eine alarmierende Verschlechterung der grundlegenden Handlungsfähigkeit der Gesundheitssysteme hin. Die Folgen gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wurden verstärkt sichtbar und machten eine gezielte Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit unvermeidlich.

In ihrer Reaktion auf diese Ungleichheiten stellte die Europäische Region echte Solidarität unter Beweis. Dabei wurde Privileg mit Verantwortung gleichgesetzt. Zur unmittelbaren Unterstützung der Länder wurden gezielt Ressourcen bereitgestellt.

Die Aufmerksamkeit der Politik richtete sich auf schwache Gesundheitssysteme als grundlegendes Hindernis für mehr Chancengleichheit hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse, und die notwendigen Reformen wurden in Angriff genommen. Damit haben die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in den Ländern der Region eine der wohl schwierigsten und entscheidendsten Herausforderungen angenommen, die es im Bereich der öffentlichen Gesundheit heute gibt. Und Sie haben dies mit Disziplin und Entschlossenheit getan.

1998 wurde das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik gegründet; einer der an der Gründung beteiligten Partner war das Regionalbüro für Europa. Das Observatorium wandte sich einem manchmal im Hintergrund stehenden Bereich von Forschung und Politik zu, erarbeitete kontextspezifische Erkenntnisse und empfehlenswerte Praktiken und brachte Lösungen für ein seit langem bestehendes Problem näher. In standardisierten Studien über Gesundheitssysteme im Übergang wurde die Macht wissenschaftlicher Erkenntnis und Analyse gezielt zur Bewältigung einer grundlegenden Ursache gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Region eingesetzt.

Dies war nur eine der übergeordneten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation, mit denen Herr Dr. Danzon gesundheitspolitische Impulse setzte, wiederum zum Nutzen der öffentlichen Gesundheit in den Mitgliedstaaten.

Auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme und in der daraus resultierenden Charta von Tallinn wurde die Überzeugung zum Ausdruck gebracht, dass gut funktionierende Gesundheitssysteme zu mehr Wohlstand sowie zur Verbesserung der Gesundheitssituation in einem Land beitragen können. In der Charta wurden eine Vielzahl von Denkansätzen und Argumenten zu einem zusammenhängenden und sinnvollen Rahmen verschmolzen, der klar definierte Handlungsoptionen bietet.

Slogans wie „Gesundheit in allen Politikbereichen“, „Jeder Minister ist ein Gesundheitsminister“ und „Gesundheit bedeutet Wohlstand“ haben Eingang in die Debatte über die internationale Entwicklung im Gesundheitsbereich gefunden. Dies ist zu einem Zeitpunkt geschehen, da die führenden Politiker der Welt und die Minister in anderen Ressorts durch Krisen dazu gezwungen wurden, sehr genau zuzuhören. Dies stellt eine beträchtliche Verantwortung dar.

Lieber Marc, es war für mich menschlich wie beruflich ein großes Vergnügen, mit Dir zusammenzuarbeiten. Unter Deiner Führung haben die Erfolge dieser Region einmal mehr eine Erweiterung des Aktionsradius in der Gesundheitspolitik bewirkt. Dies kommt der ganzen Welt zugute, wenn wir auf die Erfüllung internationaler gesundheitspolitischer Verpflichtungen wie der Millenniums-Entwicklungsziele hinarbeiten – zu einer Zeit vielfältiger globaler Krisen.

Wie Sie in der Europäischen Region festgestellt haben, sind leistungsstarke Gesundheitssysteme eine Voraussetzung für die Bewältigung gegenwärtiger und künftiger Krisensituationen; ich denke hier an die aktuelle Rezession, den Klimawandel, die Influenza-Pandemie und die vielen anderen globalen Krisen, wie sie in unserer unvollkommenen Welt zwangsläufig entstehen.

Meine Damen und Herren,

Gestatten Sie mir, aus einem Ihrer Dokumente zu zitieren: „Die Gesundheitsbehörden in der gesamten Europäischen Region sind besorgt darüber, dass das gegenwärtige wirtschaftliche System nicht zu einer Verteilung des Wohlstands führt, die den Werten Solidarität und Chancengleichheit entspricht, und dass dadurch die Verbesserung der Gesundheitssituation beeinträchtigt wird.“

Dem stimme ich voll und ganz zu. Hier liegt der Kern des Problems. Der im August letzten Jahres von der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit vorgelegte Abschlussbericht

enthält eine besonders frappierende Aussage: „Die Umsetzung der Empfehlungen der Kommission setzt Veränderungen hinsichtlich der Funktionsweise der globalen Wirtschaft voraus.“

Diese Aussage rief damals einige Verwunderung hervor. So wurde in einer Rezension im Magazin „The Economist“ zwar der Anspruch des Berichts befürwortet, doch auch die Auffassung vertreten, der darin unternommene Versuch, globale Ungleichgewichte in der Verteilung von Macht und Geld zu beseitigen, sei ungefähr so effektiv, wie „den Mond anzuheulen“.

Nur einen Monat später traf die Finanzkrise die Welt wie ein Blitz – und zwar da, wo es am meisten weh tut: beim Geld. Gier war die Ursache für eine Finanzkrise, die außer Kontrolle geriet, als die Führungs- und Risikomanagementmechanismen der Finanzwelt auf allen Ebenen versagten.

In einer Welt, in der sich die Interdependenz zwischen den Ländern dramatisch erhöht hat, haben die Fehler eines Landes oder eines Wirtschaftssektors hochgradig weitreichende Konsequenzen. Und diese Konsequenzen sind in hohem Maße ungerecht. Denn die Entwicklungsländer sind am anfälligsten und verfügen über die geringste Flexibilität. Sie werden am härtesten getroffen und erholen sich am langsamsten.

In dieser Hinsicht stellen die Millenniums-Entwicklungsziele und die darin enthaltenen Einzelziele eine Strategie dar, die ein Gegensteuern ermöglicht. Sie streben einen Ausgleich für die internationalen politischen Politiken und Systeme an, die Gewinne schaffen, ohne über Regeln zu verfügen, die deren gerechte Verteilung gewährleisten.

Die Ziele und die zahlreichen neuen Initiativen und Instrumente für die Verbesserung der Gesundheitssituation werden dringend benötigt und entfalten eine erhebliche positive Wirkung. Doch sie setzen nicht an den Grundursachen für die große Kluft in Bezug auf gesundheitliche Ergebnisse an. Diese liegen in einer fehlerhaften Politik. Diese Schlussfolgerung ist meiner Überzeugung nach eines der wichtigsten Ergebnisse der Arbeit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit.

Manche politische Beobachter und Politikwissenschaftler prophezeien schon das Ende des kapitalistischen Marktmodells und verweisen auf Anzeichen für einen Rückzug der Globalisierung. So hören wir dieser Tage so manche vernichtende Schlussfolgerung: Der blinde Glaube, die Kräfte des Marktes könnten alle Probleme lösen, hat sich als Irrglaube erwiesen.

Die führenden Politiker der Welt, die eine Neuausrichtung der Führung ihrer Volkswirtschaften anstreben, erhalten oft den Rat, sich an Europa zu orientieren. Ein gut geführter Wohlfahrtsstaat ist nicht der Feind der Globalisierung, sondern ihr Retter.

Wie wir wissen, sind die internationalen Mechanismen und Systeme, die die Finanzmärkte, die Volkswirtschaften, den Handel und die außenpolitischen Beziehungen regeln, nicht explizit auf Gerechtigkeit als politisches Ziel ausgerichtet.

In zu vielen Entwicklungsmodellen wurde davon ausgegangen, dass sich die Lebensbedingungen und die Gesundheitssituation der Armen im Zuge der Modernisierung und Handelsliberalisierung und des daraus resultierenden wirtschaftlichen Aufschwungs in den betroffenen Ländern gewissermaßen automatisch verbessern würden. Diese Annahme hat sich jedoch als falsch erwiesen.

Nur allzu oft profitieren von der Wirkungsweise der internationalen Regelungssysteme gerade diejenigen, denen es bereits gut geht. In Wirklichkeit werden bestehende Ungleichheiten im Gesundheitsbereich nur dann abgebaut und streben die Gesundheitssysteme nur nach Gerechtigkeit,

wenn Chancengleichheit explizit zu einem Grundsatzziel gemacht wird – und das auch in anderen Politikbereichen als Gesundheit.

Geld regiert die Welt. Daran wird sich nie etwas ändern. Doch wir haben auch erlebt, dass die Kräfte des Marktes für sich allein nicht zur Lösung sozialer Probleme taugen. Die Welt muss sich um eine Achse drehen, die von einem konkreten Wertesystem gebildet wird. Wir brauchen diese Symmetrie. Anderenfalls wird sich eine bereits gefährliche Situation, die durch immense Ungleichgewichte in Bezug auf Einkommensverteilung, Lebenschancen und Gesundheitsstatus gekennzeichnet ist, noch weiter verschärfen.

Führende Verantwortliche aus Politikbereichen, die über weit mehr Einfluss verfügen als die Gesundheitspolitik, kommen zu einer ähnlichen Bewertung. So haben die führenden Politiker der Welt auf dem Gipfel der G-20 im April in London einen grundlegenden Umbau der internationalen Systeme gefordert, um ihnen eine moralische Dimension zu verleihen und sie für echte soziale Werte und Belange empfänglich zu machen. Sie brachten die Notwendigkeit zum Ausdruck, diese Systeme mit Werten wie Gemeinschaft, Solidarität, Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit auszustatten.

Auch wenn dies für die führenden Politiker der Welt ein Umdenken darstellt, das begrüßenswert ist, so ist es für die Verantwortlichen im Gesundheitswesen doch ein alt vertrautes Konzept, das auf die Erklärung von Alma-Ata zurückgeht.

Vielleicht wirken sich die ironischen Wendungen der Geschichte diesmal ja zugunsten der öffentlichen Gesundheit aus. Das Potenzial der Erklärung von Alma-Ata für eine Revolutionierung der Gesundheitsversorgung wurde durch eine Ölkrise und eine wirtschaftliche Rezession, aber auch die Einführung von Strukturanpassungsprogrammen, die zu einer Kürzung der Etats für soziale Leistungen wie die Gesundheitsversorgung führten, beeinträchtigt.

Heute haben eine Finanzkrise und eine schwere Rezession die politischen Führer der Welt dazu bewegt, ein Wertesystem anzustreben, das der primären Gesundheitsversorgung stets zugrunde lag. Vielleicht finden heute, in einer von Krisen wachgerüttelten Welt, einige lange Zeit unbeachtete Argumente nun endlich Gehör.

Meine Damen und Herren,

Belange der öffentlichen Gesundheit spielten in den politischen Konzepten, die zur Finanzkrise geführt haben oder für den Klimawandel mitverantwortlich sind, keine Rolle. Dagegen kann die Gesundheitspolitik in erheblichem Maße zur Debatte über die Influenza-Pandemie und zu ihrer Bewältigung bzw. zur Verringerung ihrer Auswirkungen beitragen.

Dies ist eine Gelegenheit, bei der die Staatschefs und die Minister für Finanzen, Tourismus und Handel den Gesundheitsministern aufmerksam zuhören. Dies ist eine Gelegenheit, bei der die Notwendigkeit des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ offenkundig wird. Dies ist eine Gelegenheit, die bekannten Argumente für die Notwendigkeit des Aufbaus grundlegender Kapazitäten im Gesundheitsbereich, von denen alle profitieren können, überzeugend zur Geltung zu bringen.

Bisher haben wir bei der Entwicklung der Pandemie noch Glück gehabt. Weiterhin treten in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle nur milde Symptome auf und erfolgt eine volle Genesung binnen einer Woche, selbst ohne medizinische Behandlung.

In klinischer Hinsicht jedoch ist das Virus durch Extreme gekennzeichnet. Es kennt offenbar keinen Mittelweg. Das eine Extrem sind die mild verlaufenden Fälle. Das andere ist die kleine Teilmenge von Patienten, die schnell sehr schwer erkranken.

Die Zahlen sind zwar gering, doch verursachen sie in den Gesundheitseinrichtungen einen unverhältnismäßig hohen Aufwand. Die Rettung der Betroffenen ist von hoch spezialisierter Intensivversorgung, hochtechnologischen Geräten und hoch qualifiziertem Personal abhängig. In Ländern ohne derartige Kapazitäten verlieren diese Menschen ihr Leben.

Dies gilt natürlich auch für eine Vielzahl anderer Krankheiten und Gesundheitsprobleme. Unterentwickelte Kapazitäten kosten Menschenleben. Doch ich bin überzeugt: Diese Pandemie wird das gleiche alte Argument auf besonders tragische Weise vor Augen führen.

Ich glaube, diese Pandemie wird ein Scheidepunkt sein. Sie findet zu einer Zeit statt, zu der die Unterschiede innerhalb von wie auch zwischen Ländern in Bezug auf Einkommen, Gesundheitsstatus und Versorgungsniveau größer sind als je in der jüngeren Geschichte. Diese Pandemie wird für die Welt in erheblichem Maße zu einem Gradmesser für Gerechtigkeit werden.

Das gleiche Virus, das in wohlhabenden Ländern beherrschbare Störungen verursacht, wird in Ländern, in denen es nicht genügend Gesundheitseinrichtungen und Personal, keine regelmäßige Versorgung mit lebenswichtigen Arzneimitteln, zu geringe Diagnose- und Laborkapazitäten, dafür aber große Bevölkerungsgruppen ohne Zugang zu einer sicheren Wasserver- und Abwasserentsorgung gibt, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verheerende Auswirkungen haben. Für die betroffenen Bevölkerungsgruppen haben Ratschläge wie, die Hände zu waschen, den Arzt anzurufen oder eine Notfalleinrichtung aufzusuchen, wenig Bedeutung.

Lassen Sie mich nur ein konkretes Beispiel geben. Wir wissen aus allen Ausbruchsgebieten, dass Schwangere ein erhöhtes Risiko tragen, schwer oder tödlich an der Infektion zu erkranken. Eine durch die Pandemie bedingte erhöhte Sterberate unter diesen Frauen ist natürlich überall tragisch, doch gilt dies in besonderem Maße für die Entwicklungsländer, weil hier die Zahlen so viel größer sein werden.

Schon jetzt entfällt mehr als 99% der Müttersterblichkeit auf die Entwicklungsländer, wo sie einer der stärksten Indikatoren für eine schlecht funktionierende und ungerechte Gesundheitsversorgung ist.

Seitdem ich dieses Amt übernommen habe, ist die Gesundheit von Frauen eines meiner dringlichsten Anliegen. Ein erneuertes Bekenntnis zur primären Gesundheitsversorgung unterstreicht die Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Frauen. Dieser Zusammenhang geht deutlich aus einem Bericht über Frauen und Gesundheit hervor, den ich in Auftrag gegeben habe. Der im November erscheinende Bericht erkundet die vielfältigen gesundheitlichen Risiken, denen Frauen im Laufe ihres Lebens ausgesetzt sind, und präsentiert eine Agenda für den Wandel.

So wie diese Region es mit den Gesundheitssystemen gemacht hat, so müssen wir auch die Agenda für die Gesundheit von Frauen als durchführbar darstellen, klare Grundsatzoptionen vorgeben und überzeugende Argumente für mehr Engagement und für zusätzliche Investitionen auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse vorlegen.

Meine Damen und Herren,

Lassen Sie mich mit einem weiteren kurzen Ausdruck meiner Wertschätzung schließen.

Viele der in diesem Raum vertretenen Staaten haben bei der Entwicklung neuer gesundheitspolitischer Initiativen für die Entwicklungsländer und bei der Schaffung innovativer Wege zur Sicherung zusätzlicher Mittel eine führende Rolle gespielt. Und nun setzen Sie sich auch mit der dringenden Notwendigkeit einer wirksameren Hilfe auseinander.

Wenn die Privilegierten ihre Verantwortung erkennen, dann sehen wir auch wieder jene Werte wie Chancengleichheit, Solidarität, gesellschaftlichen Zusammenhalt und soziale Absicherung, die den Kern Ihres Beitrags zur Verbesserung der Gesundheitssituation auf regionaler wie globaler Ebene ausmachen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.