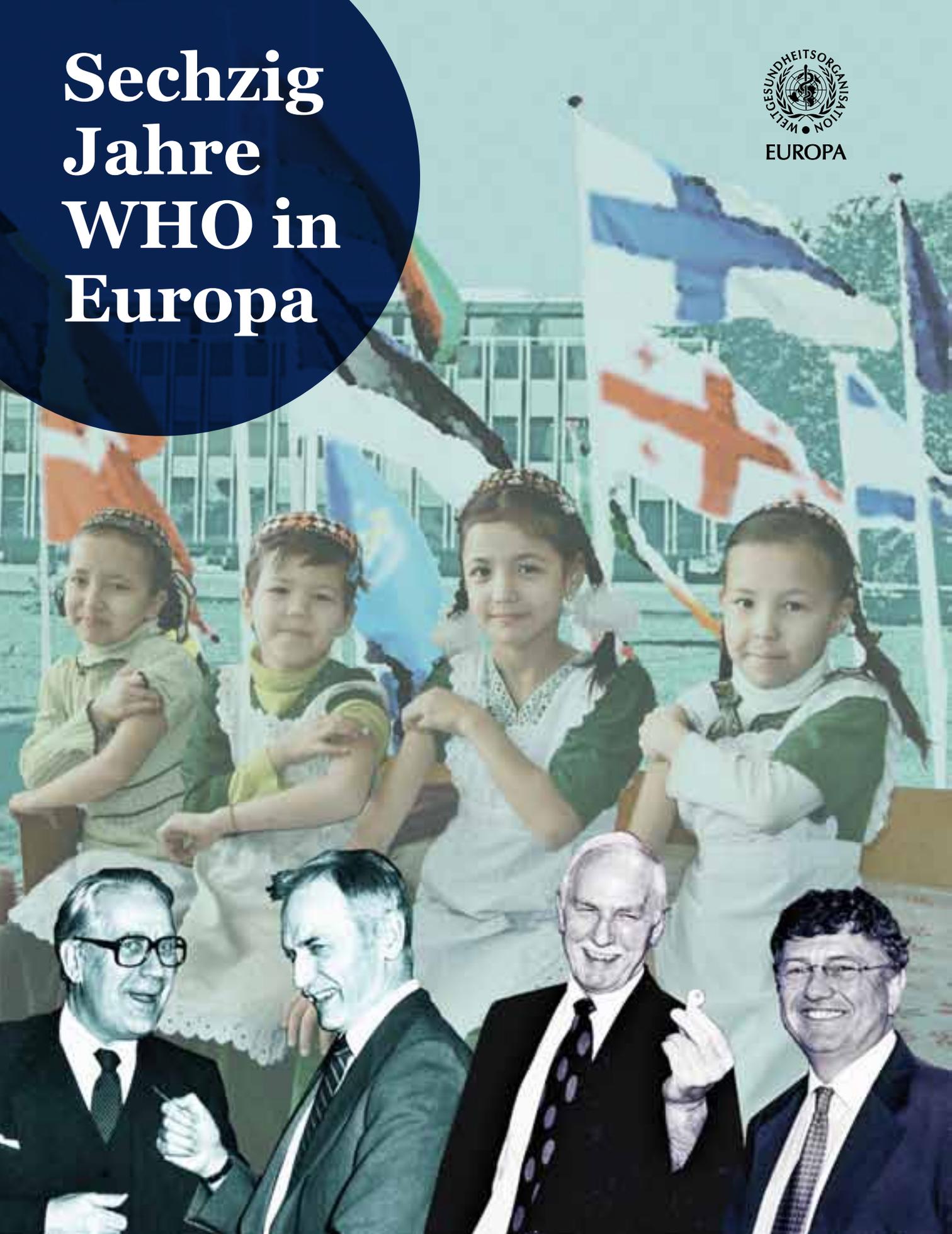


Sechzig Jahre WHO in Europa



Diese Jubiläumsschrift schildert die Geschichte des WHO-Regionalbüros für Europa von den Anfängen bis in die Gegenwart. Es ist ein Beitrag zur Bewahrung und Tradierung der Geschichte des Regionalbüros sowie seiner so wichtigen Tätigkeit und eine Darstellung der Arbeit von fünf Regionaldirektoren und Tausenden engagierter Bediensteter – ganz zu schweigen von den Hunderten von Programmen und Konzepten, zu deren Schaffung und Durchführung sie beitrugen. In einer vergleichbaren Veröffentlichung wurden die ersten 40 Jahre detailliert beschrieben; dieser Text konzentriert sich daher stärker auf die letzten 20 Jahre. Insgesamt wird im Folgenden jedoch geschildert, wie sich das Regionalbüro in den zurückliegenden 60 Jahren für die Verbesserung der Gesundheit der Menschen in der ausgedehnten Region eingesetzt hat, für die es zuständig ist.

Umschlag:

Die Regionaldirektoren Marc Danzon, Jo Asvall, Leo Kaprio und Paul van de Calseyde und der dänische Ministerpräsident H.C. Hansen (von rechts).

**Sechzig
Jahre WHO
in Europa**

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch das sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben über 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.



Sechzig Jahre WHO in Europa

CIP-Titel in der WHO-Bibliothek

Sechzig Jahre WHO in Europa

1. Weltgesundheitsorganisation – Geschichte 2. öffentliches Gesundheitswesen – Geschichte 3. Führung – Geschichte
4. Gesundheitspolitik 5. Regionale Planung im Gesundheitswesen 6. Jahrestage und besondere Anlässe
7. Europäische Region (WHO)

ISBN 978 92 890 3417 3 (Druck)
ISBN 978 92 890 3418 0 (E-Buch)

(NLM Klassifikation: WA 540)

ISBN 978 92 890 3417 3

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2010**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Printed in Denmark

Einleitung	1
Der Weg nach Kopenhagen	3

1949 bis 1956

Dr. Norman Begg: der erste Regionaldirektor	9
Von China nach Homerton	10
Die Nachkriegsjahre	10
Wiederaufbau	12
Die Jahre des Sonderbüros	12
Vom Sonderbüro zum Regionalbüro	12

1956 bis 1966

Dr. Paul van de Calseyde: der zweite Regionaldirektor	17
Der Schock des Neuen	19
Neue Gesundheitsprobleme	19
Neue Programme	20
Neue Partnerschaften	20
Neue Aufgaben in neuen Krankenhäusern	20
Neue Ansätze zu übertragbaren Krankheiten und psychischer Gesundheit	21

1966 bis 1985

Dr. Leo A. Kaprio: der dritte Regionaldirektor	23
Planungen für die Zukunft	25
Gesundheitsplanung	25
Langzeitprogramme	25
Ein neues globales Konzept: Gesundheit für alle	27
Regionalstrategie und regionale Zielvorgaben	28

1985 bis 2000

Dr. Jo E. Asvall: der vierte Regionaldirektor	31
Gesundheit für alle	33
Die Umsetzung von „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region	33
Zusammenarbeit	34
Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung	35
EUROHEALTH	36
Das Regionalbüro und der Konflikt im ehemaligen Jugoslawien	36
GESUNDHEIT21	37

2000 bis 2010

Dr. Marc Danzon: der fünfte Regionaldirektor	39
Die Länder im Mittelpunkt	41
Die Länderstrategie	41
Gesundheit und der Stabilitätspakt	41
Gesundheitssicherheit und humanitäre Hilfe	44
Gesundheitskrisen: Fallbeispiele	45
Gesundheitssysteme und Programme für öffentliche Gesundheit	48
Poliofreiheit der Europäischen Region der WHO	51
Internationale Partnerschaften	51
Im Regionalbüro	53
Evidenzbasierte Arbeit und Informationen als Handlungsgrundlage	54

Schlusswort	57
Informationsquellen	58

Einleitung

Zum Ende meiner zweiten und letzten Amtsperiode als Direktor des WHO-Regionalbüros für Europa erscheint es mir sinnvoll, all den offiziellen in dieser Zeit veröffentlichten Berichten ein Dokument zur Seite zu stellen, das die Geschichte des WHO-Regionalbüros für Europa von den Anfängen bis heute veranschaulicht.

Sechzig Jahre WHO in Europa ist ein Beitrag zur Bewahrung und Tradierung der Geschichte des Büros sowie seiner so wichtigen Tätigkeit und eine Darstellung der Arbeit von fünf Regionaldirektoren und Tausenden engagierter Bediensteter – ganz zu schweigen von den Hunderten von Programmen und Konzepten, deren Schaffung und Durchführung sie unterstützten. In einer vergleichbaren Veröffentlichung durch einen meiner Amtsvorgänger wurden die ersten 40 Jahre detailliert beschrieben; dieser Text konzentriert sich daher stärker auf die letzten 20 Jahre. Insgesamt wird im Folgenden jedoch geschildert, wie sich das Regionalbüro in den zurückliegenden 60 Jahren für die Verbesserung der Gesundheit der Menschen in der ausgedehnten Region eingesetzt hat, für die es zuständig ist.

Marc Danzon

WHO-Regionaldirektor für Europa



Der Weg nach Kopenhagen

Ursprünglicher
Eingang zum
Regionalbüro

Die WHO wurde vor mehr als 60 Jahren mit einer Struktur gegründet, welche die Welt in sechs Regionen unterteilte – Afrika, Gesamtamerika, Südostasien, Europa, Östlicher Mittelmeerraum sowie Westpazifik – und die ein zentrales Hauptbüro vorsah. Ursprünglich bestand die Europäische Region der WHO aus 21 Mitgliedstaaten. In den Kämpfen des Zweiten Weltkriegs war die Infrastruktur des Kontinents mitsamt der Gesundheitssysteme und Krankenhäuser zerstört worden. Wegen der ungeheuer vielen Flüchtlinge und Vertriebenen, deren Zahl die Vereinten Nationen im März 1945 auf 15 Millionen schätzte, kam es zu einer raschen Ausbreitung von Epidemien. Im April 1947 berichtete das Nachrichtenmagazin Time, dass Tuberkulose (Tb) als extrem tödlich verlaufende Krankheit zurückgekehrt war und alleine in Berlin jede Woche 150 Menschenleben forderte.

Die Weltgesundheitsversammlung forderte daraufhin die „vorübergehende Einrichtung eines speziellen Büros zur Wiederherstellung der öffentlichen Gesundheit in den vom Krieg verheerten Ländern“. Als das Sonderbüro der WHO für Europa am 1. Januar 1949 eröffnet wurde, stand es vor einer enormen Aufgabe. Schon als es seine Arbeit aufnahm, gab es Unzufriedenheit wegen seiner Ansiedlung in Genf in der Schweiz. Sollte das Büro der Europäischen Region am gleichen Ort angesiedelt sein wie das Hauptbüro, nur weil sich dieses in Europa befand? Sollte es in eine andere europäische Stadt verlegt werden und vielleicht als Geste in eines der am stärksten vom Krieg zerstörten Länder?

Einige in der neu gebildeten Organisation glaubten, dies sei wenig sinnvoll; schließlich könne das Sonderbüro leicht im WHO-Hauptbüro im

Völkerbundpalast in Genf untergebracht werden. Andererseits waren manche besorgt, das Hauptbüro könne das neue Büro einengen und in den Schatten stellen, wenn es in Genf verbliebe, und fürchteten, dass die für den Wiederaufbau Europas bereitgestellten finanziellen und personellen Mittel zur Bewältigung globaler Probleme umgeleitet werden könnten. Dieser Zwist wurde beigelegt, als das Sonderbüro seine lebenswichtige Arbeit in der gesamten Europäischen Region aufnahm; er flammte jedoch 1952 wieder auf, als es zum WHO-Regionalbüro für Europa wurde.

Der neue Name und der neue Auftrag wurden jetzt als Gründe angeführt, einen anderen Standort als Genf zu fordern. Nach langen Diskussionen über die verfügbaren Alternativen wurden Städte in Europa ersucht, sich als Kandidaten zu bewerben. Jede wurde dann anhand einer Reihe von Kriterien geprüft. Dazu zählten Lage, Kommunikationswesen, Räumlichkeiten und Lebensbedingungen für die Mitarbeiter, die Verfügbarkeit von Vollzeit- und Teilzeitpersonal, das die Arbeitssprachen der Organisation beherrschte, die Verfügbarkeit von Gesundheitsinstitutionen und medizinischen Ausbildungseinrichtungen, wenig Bürokratie und angemessene Lebenshaltungs-, Raum- und Reisekosten. Nizza, Florenz, Wien, Frankfurt, Den Haag, Genf, Rennes, Montreux und Kopenhagen boten Räumlichkeiten zur Unterbringung des Regionalbüros an. Der Bürgermeister von Nizza schlug gemeinsam mit Jacques Carlu, dem Architekten des Palais de Chaillot in Paris, ein neues Gebäude für das Regionalbüro vor, während Florenz zwei Villen aus dem 18. Jahrhundert anbot, Pellegrino und Villa Loria. Andere Städte wiesen anderweitige Vorteile auf. Frankfurt und Den Haag waren bekannt für eine

Knappe Mehrheit

Eine Sackgasse mit viel Grün in einer Wohngegend in Kopenhagen erscheint im ersten Moment vielleicht nicht als der geeignetste Standort für das WHO-Regionalbüro für Europa. Doch die Organisation arbeitet nun seit mehr als 50 Jahren an ihrem Sitz im Scherfigsvej 8 – benannt nach dem Politiker und Bäcker Christian Adolf Scherfig aus dem 19. Jahrhundert – dafür, in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO das Leiden zu lindern und die Gesundheit zu verbessern.

Der Umzug nach Kopenhagen ging auf eine Abstimmung unter den Mitgliedstaaten im Jahr 1954 mit einem äußerst knappen Ergebnis zurück. Viele Jahre harter Arbeit und energischer Überzeugungsarbeit waren erforderlich gewesen, bis das Regionalbüro einen eigenen Sitz an einem anderen Ort als dem des WHO-Hauptbüros in Genf bekam. Dies war vor allem das Verdienst von Dr. Norman Begg, einem schottischen Arzt, der sich in den Nachkriegswirren in Warschau den Ruf von Verlässlichkeit erworben hatte. Er war ein Mann, der einem Kollegen zufolge „mehr als acht Jahre lang großzügig seine Kraft in den Dienst der WHO stellte“. Bedauerlicherweise war es Dr. Begg, dem ersten WHO-Regionaldirektor für Europa, nicht vergönnt, die Eröffnung des Büros in der dänischen Hauptstadt zu erleben, für die er sich so sehr eingesetzt hatte.

lange medizinische Tradition und verkehrstechnisch hervorragend angebunden, während Montreux mit einem exzellenten Angebot an Kommunikationsverbindungen, Bildungseinrichtungen, Sportstätten sowie Kunst und Kultur punkten konnte. Vertreter der 21 Mitgliedstaaten, die sich in Genf zu einer Sondersitzung des WHO-Regionalkomitees für Europa zusammengefunden hatten, trafen am 21. Mai 1954 die Schlusssentscheidung. Am Ende standen zwei Städte zur Wahl, und das Ergebnis war so knapp, wie es nur sein konnte: Kopenhagen setzte sich mit elf zu zehn Stimmen gegen Nizza durch.

1957 überreichte der dänische Ministerpräsident H.C. Hansen die Schlüssel für die Stadtvilla im

Scherfigsvej 8 an den WHO-Regionaldirektor für Europa, Paul van de Calseyde. Zu Beginn seiner unabhängigen Arbeit widmete sich das Regionalbüro der Aufgabe, „mit dem Ziel, die Lösung gemeinsamer Gesundheitsprobleme voranzubringen, die Zusammenarbeit zwischen den Ländern der Region zu erleichtern“, und der Förderung von „Programmen im Bereich der fachlichen Aus- und Weiterbildung“.

Jener Tag im Juni 1957 war jedoch auch von Traurigkeit überschattet. Der erste Regionaldirektor für Europa, Dr. Norman Begg, der den größten Anteil daran hatte, dass das Regionalbüro für Europa nunmehr seinen eigenen Hauptsitz hatte, war einen Monat zuvor im Alter von nur 50 Jahren gestorben.

Das neue Regionalbüro

1979 beschrieb Iwan Tolstoj, ein früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, das ursprüngliche Gebäude, welches das Regionalbüro 1957 bezogen hatte, als eine „prächtige Villa mit [einer] beeindruckenden eichengetäfelten Eingangshalle und einem großen Treppenhaus. ... Der Blick aus den Fenstern in der obersten Etage über die Wipfel von zwei längst gefällten Nadelbäumen ging über die gesamte Länge eines privaten Gartens und darüber hinaus aufs offene Meer vom Tuborg-Hafen zur Linken bis zum Svanemølle-Hafen und dem Kraftwerk zur Rechten.“

Der gewählte Standort am Ende einer Sackgasse in einem Wohngebiet hatte zur Folge, dass manche Anwohner sich der Nutzung als Büroraum in ihrer unmittelbaren Umgebung widersetzen. Dies bedeutete zusätzliche Probleme für Svend Eske Kristensen, den hiesigen Architekten, der mit der Planung der neuen Gebäude für das Büro betraut worden war.

„Es war schwierig in ein Gebiet, das zu einem beträchtlichen Teil mit Familienwohnhäusern bebaut war, Gebäudeelemente zu integrieren, die das vorhandene Umfeld nicht vollständig dominierten“, erinnerte sich Kristensen. „Mir war es sehr wichtig, die Gebäude so niedrig wie möglich zu halten und natürliche Materialien zu verwenden, die sich gut einpassten, da sich Wolken, Bäume und das Meer in ihnen widerspiegeln.“ Als 1968 die ursprüngliche Villa abgerissen wurde, um Platz für die neuen Gebäude zu schaffen, erwies sich der Abbruch schwieriger als erwartet. Tolstoj zufolge verfügte die Villa über einen unterirdischen Bunker, der „sich allen Bemühungen zu seiner Einbebnung widersetzte“.

Heute stehen auf dem Grundstück fünf Bürogebäude, in denen etwa 400 Bedienstete des Regionalbüros ihrer Arbeit nachgehen.



Ursprüngliche Stadtvilla im Scherfigsvej 8



© WHO Modell des Architekten mit dem alten und den neuen Gebäuden

15. Juni 1957

Europäisches Büro der WHO zieht nach Kopenhagen

Der dänische Ministerpräsident H.C. Hansen überreichte den Schlüssel für das neue Domizil des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation im Scherfigsvej 8 im Norden der dänischen Hauptstadt. Anfangs war es in einer Stadtvilla untergebracht, das zuvor vom Büro für Tuberkuloseforschung genutzt worden war. In Anwesenheit von Mitgliedern der dänischen Regierung und des WHO-Generaldirektors Dr. M.G. Candau nahm WHO-Regionaldirektor für Europa Dr. Paul van de Calseyde den Schlüssel entgegen.



Als Ergebnis einer 1955 unterzeichneten Vereinbarung war hier der Sitz des WHO-Regionalbüros für Europa, das den Auftrag erhielt, die Gesundheitsstandards auf dem gesamten Kontinent zu verbessern. Die WHO gab bekannt, das alte Gebäude aus dem 19. Jahrhundert durch einen Büroneubau nach Plänen des örtlichen Architekten Svenn Eske Kristensen ersetzen zu wollen.

Symbol für Veränderung und Kontinuität:

Die traditionelle Schlüsselübergabe setzt ein Zeichen am Ende der alten und Anfang der neuen Amtsperiode





Dr. Norman Begg: der erste Regionaldirektor (1949–1956)

„Dr. Begg war gewissenhaft, umsichtig, klug im besten Sinne des Wortes, mutig, was die Äußerung und Verteidigung seiner Standpunkte betraf, und großzügig in seinem Denken und seinem Verhalten.“

Professor Jacques Parisot, Weltgesundheitsversammlung, 1956

Von China nach Homerton

Norman Begg wurde 1906 als viertes Kind schottischer Missionare in Kuling (heute Gu Ling/Lushan) in China geboren. Wegen des Ausbruchs der Xinhai-Revolution verließ die Familie 1911 das Land und zog nach Aberdeen in Schottland. Norman entwickelte sich an der örtlichen Oberschule zu einem sehr guten Schüler und Rugby-Spieler und besuchte anschließend die Universität in der schottischen Stadt. 1929 schloss er sein Medizinstudium erfolgreich ab und zog nach London, wo er 1932 im Alter von 26 Jahren seinen Dokortitel erwarb.

Er begann seine berufliche Laufbahn im Gesundheitswesen am North-Eastern Fever Hospital in der britischen Hauptstadt, bevor er 1935 nach Southend-on-Sea-zog. 1937 kehrte er nach London zurück und wurde Chefarzt am Eastern Fever Hospital in Homerton. Während der schweren Bombenangriffe auf London im Zweiten Weltkrieg arbeitete er auch im East End, dem vielleicht am stärksten betroffenen Teil der Stadt.

„Ich erinnere mich an Dr. Norman Begg aus der Zeit, als er Chefarzt des Krankenhauses war, das damals Eastern Fever Hospital genannt wurde. Ich war Student und verbrachte dort zwölf Monate. Dr. Begg war nicht nur ein sehr guter Lehrer für Infektionskrankheiten, sondern auch äußerst nett zu allen von uns, und ich werde diese aufregende Zeit der deutschen Luftangriffe auf London nie vergessen.“

Dr. Donald V. Bateman, Arzt, Vereinigtes Königreich, 1986

„Er war beim gesamten Personal des Eastern beliebt, bei den Pförtnern angefangen. Er erweckte Vertrauen bei allen, mit denen er in Kontakt kam, und stand in dem Ruf, nie jemanden enttäuscht zu haben.“

Muriel North, Tochter von Dr. Begg, 2008

Die Nachkriegsjahre

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs lud die Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen Dr. Begg in die polnische Hauptstadt Warschau ein. Trotz der Gefahren, die damit verbunden waren, in einer fast gänzlich zerstörten Stadt zu arbeiten (wie seine Tochter berichtete, musste er stets Dokumente mit sich führen, die ihn vor Verhaftung schützten), erwarb sich Dr. Begg Ansehen dafür, nicht nur die ihm übertragenen Aufgaben zu erfüllen, sondern dies auch rasch zu tun und ohne viele Umstände zu machen. Diese hervorstechenden Eigenschaften trugen dazu bei, dass er 1949 bei der Eröffnung des WHO-Sonderbüros für Europa zu dessen Direktor und 1952 zum ersten WHO-Regionaldirektor für Europa gewählt wurde.

„Begg verfügt über mehr Einfluss in Warschau als irgendjemand sonst aus den westlichen Ländern.“

Dr. Martha M. Eliot, Stellvertretende WHO-Generaldirektorin, 1947

Als Dr. Begg seine Arbeit aufnahm, war er mit einer außergewöhnlichen Gesundheits- und Gesundheitsversorgungssituation konfrontiert. Die Europäische Region stand nicht nur vor Problemen (etwa Epidemien), die unmittelbare Gegenmaßnahmen erforderten, sondern musste auch Gesundheitssysteme wiederaufbauen, die vor ihrer Zerstörung außerordentlich hoch entwickelt gewesen waren. Den erfolgversprechendsten Weg für die große Anstrengung des Wiederaufbaus der Gesundheitssysteme in noch besserer Form, sah er darin, Länder – von denen viele kurze Zeit zuvor noch Feinde gewesen waren – im Geiste gegenseitiger Kooperation zusammenzubringen.

„Länderprogramme und projekte hatten damals einen höheren Stellenwert als grenzübergreifende Aktivitäten. Ich erkannte bald, wie heilsichtig Dr. Begg in seiner Vorhersage der Notwendigkeit und Bedeutung internationaler Tagungen für einige Bereiche war.“

Dr. Alfred Eberwein, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 1991

Dass Dr. Begg so sehr von der Richtigkeit seines Ansatzes überzeugt war, war ein Grund für seine angeblich tiefe Enttäuschung über den Rückzug einiger östlicher Länder aus der WHO. Anfang Februar 1949 gaben die Gesundheitsministerien der UdSSR sowie der Ukrainischen und der Weißrussischen SSR¹ diesen Rückzug mit der folgenden Begründung bekannt: „Die aufgeblähte

¹ In diesem Bericht werden Bezeichnungen für Länder und andere geografische Einheiten sowie für manche Krankheiten benutzt, die zur fraglichen Zeit üblich waren.

Verwaltung resultiert in Ausgaben, die für Mitgliedstaaten untragbar sind, [und] die Ausrichtung der Aktivitäten der Organisation entspricht nicht den Aufgaben, die ihr 1946 bei der Gründungskonferenz der Organisation übertragen wurden.“ Da es keinen Mechanismus für das Ausscheiden von Mitgliedstaaten gab, wurden sie der Einfachheit halber als „inaktiv“ eingestuft. Im Jahr 1950 wurden auch Bulgarien, Rumänien, Albanien, die Tschechoslowakei, Ungarn und Polen inaktiv. Diese Länder kehrten 1957 und 1958 zur aktiven Mitgliedschaft zurück.

Dr. Norman Begg erlebte die Wiedereingliederung der östlichen Länder und den Umzug nach Kopenhagen nicht mehr. Am 23. Mai 1956 starb er nach kurzer Krankheit in London. Sein Vermächtnis lebt jedoch fort in dem anhaltenden Glauben des Regionalbüros an die Werte von Zusammenarbeit, Solidarität und gegenseitiger Hilfe.

Wiederaufbau: 1949–1956

Dr. Beggs Amtszeit lässt sich in zwei Abschnitte unterteilen: die ersten Nachkriegsjahre im WHO-Sonderbüro für Europa und die erste Hälfte der 1950er Jahre im WHO-Regionalbüro für Europa. In der Namensänderung spiegelte sich eine tiefgreifende Veränderung des Büros und der Belange wider, mit denen es sich befasste.

Die Jahre des Sonderbüros

In den Jahren unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg war die Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region katastrophal. Die Gesundheitssysteme waren in den Kampfhandlungen beschädigt oder zerstört worden, in der Region gab es Millionen Vertriebene, und selten gewordene Krankheiten flammten in alarmierender Weise wieder auf. 1947 nahm die Zahl der Tb-Erkrankungen in der Europäischen Region zum ersten Mal seit einem Jahrhundert wieder zu: Mehr als 600 000 Rumänen waren infiziert, in Zagreb lag die Zahl der Fälle 58% über dem Vorkriegsniveau, und in Polen forderte die Krankheit jeden Monat 18 000 Menschenleben.

Das WHO-Sonderbüro für Europa wurde geschaffen, als die Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen ihre Tätigkeit einstellte. Wie der Name vermuten lässt, war es nie als dauerhafte Einrichtung gedacht, sondern vielmehr als eine Reaktion auf die fünf großen und unmittelbaren Gesundheitsprobleme der Region: Tb, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Mutter- und Kindgesundheit sowie Umwelthygiene. Der Grundbedarf wurde

ermittelt und der Materialbedarf kriegsgeschädigter Länder im Bezug auf Geräte, Arzneimittel, Transportfahrzeuge und Säuglingsnahrung wurde gedeckt. In dem Maß, in dem die Aufgabe von der Krisenhilfe zum längerfristigen Wiederaufbau übergang, wurde zunehmend deutlich, dass das Büro angesichts des veränderten Bedarfs seine Prioritäten auf die Reorganisation, die Modernisierung und die Erneuerung der Gesundheitssysteme der Länder ausrichten musste.

Eine der erfolgreichsten Initiativen, die in dieser Zeit begonnen wurden, war das Stipendienprogramm, das von dem jugoslawischen Gesundheitsreformer (und ersten Präsidenten der Weltgesundheitsversammlung) Professor Andrija Štampar eingerichtet wurde. Es konzentrierte sich ursprünglich auf vom Krieg zerstörte Mitgliedstaaten und ermöglichte Gesundheitsfachkräften aus der Region, in anderen Ländern zu studieren und zu arbeiten. Es war auch wichtig, weil es spürbar machte, dass die grenzübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ländern nicht nur möglich, sondern sogar wünschenswert war.

Vom Sonderbüro zum Regionalbüro

Die Anfänge des wirtschaftlichen Aufschwungs in Europa nach dem Zweiten Weltkrieg führten zu einer Verbesserung der Gesundheitsdienste und Gesundheitssysteme in der Region. Bestimmte Länder entwickelten sich von Empfängern von WHO-Nothilfe zu Nettobeitragszahlern der Organisation.

„Dr. Begg hatte einen sehr persönlichen Stil. Außerhalb von Konferenzen, auf denen er die Mitarbeiter informierte, konnte er gut zuhören. Wenn er jedoch das Wort ergriff, vermittelte er eine klare und präzise Zusammenfassung seiner Gedankengänge und leitete sie dann über zu seinem Standpunkt oder seiner Entscheidung.“

Dr. Alfred Eberwein, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 1991

Diese Veränderung des Bedarfs und der Bedingungen im Gesundheitsbereich vieler Mitgliedstaaten bedeutete, dass es in der Europäischen Region neue Prioritäten gab und die WHO ihre Prioritäten entsprechend anpassen musste.

In der gesamten WHO war der Prozess der Dezentralisierung deutlich in Gang gekommen, und es war klar, dass ein kleines Büro im vierten Stock des Völkerbundpalastes nicht länger für eine Organisation ausreichte, deren Arbeit über die Erbringung von Soforthilfe für vom Krieg verwüstete Länder hinauszugehen begann. Allgemein war man der Meinung, die Zeit sei reif für eine Veränderung des Status und des Tätigkeitsschwerpunktes. Im Januar 1951 unterbreitete Dr. Begg dem WHO-Exekutivrat den Vorschlag, den europäischen Zweig der Organisation von einem temporären Sonderbüro in ein dauerhaftes Regionalbüro umzuwandeln. Im September 1951 beschloss das Konsultativkomitee mit Vertretern der 18 aktiven Mitgliedstaaten die Gründung des Regionalbüros für Europa. Das Gremium selbst wurde zum Regionalkomitee für

Europa, dem Steuerungsorgan der WHO für die Region. Am 1. Februar 1952 nahm das Regionalbüro seine Arbeit auf und Dr. Norman Begg wurde erster Regionaldirektor.

Ein Vierjahresprogramm: 1952–1956

Die Gründung des neuen Regionalbüros ermöglichte es ihm, das Ziel der Verbesserung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in der gesamten Region weiterzuerfolgen. Ein Vierjahresprogramm wurde ausgearbeitet und ab 1952 umgesetzt. Es war in drei Programmteile gegliedert:

1. Das **ordentliche Programm** basierte allgemein auf Informationsaustausch, fachlicher Aus- und Weiterbildung, dem weitergeführten Stipendienprogramm sowie der Unterstützung von Ausbildungseinrichtungen. Ein großer Teil seiner Tätigkeit zielte auf die Förderung des Übergangs von nationalen zu internationalen Programmen.
2. Trotz der raschen wirtschaftlichen Entwicklung der Länder in der Europäischen Region wurde das **Programm für fachliche Unterstützung**

„Die Anfänge des Stipendienprogramms resultierten in einem beträchtlichen Popularitätsgewinn für die WHO in der Europäischen Region und in der Entstehung einer ‚Anhängerschaft‘ in der Form von Tausenden von Experten in den Bereichen Gesundheitswissenschaften, Medizin, Hygiene, Technik und Pflege, bei denen es sich überwiegend um Bedienstete von nationalen Verwaltungen und Ausbildungseinrichtungen handelte. Das Programm steigerte den Bekanntheitsgrad der WHO in den Ländern, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region wurden, und sicherte dem Regionalbüro wertvolle Partner für seine Entwicklung sowie seine Tätigkeit.“

Dr. Leo A. Kaprio, Regionaldirektor i. R., 1991

Seminar in der UdSSR



© WHO

weiterhin benötigt. Es konzentrierte sich auf übertragbare Krankheiten, Mutter- und Kindgesundheit, Arbeitsmedizin und Pflege.

3. Im Rahmen von **Kooperationsprogrammen** arbeitete die Europäische Region eng mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Organisationen – damals Nichtregierungsorganisationen genannt – zusammen. Diese Kooperationen wurden nach der Gründung des Regionalbüros ausgeweitet.

Seminare an unterschiedlichen Orten

Eine weitere Initiative von Professor Andrija Štampar waren Seminare, die an unterschiedlichen Orten durchgeführt wurden. Sie erwiesen sich als eine der wirksamsten Methoden für die Vermittlung von Wissen über gute Praxis bei der Verwaltung des Gesundheitswesens in der gesamten Region. Zwischen 1951 und 1966 wurden solche Seminare in 14 Ländern durchgeführt. 162 Mitarbeiter

von Gesundheitsbehörden lernten dabei die Arbeitsmethoden im Gesundheitswesen in anderen Ländern kennen. Die Seminare wurden gewöhnlich kurz hintereinander in zwei Ländern abgehalten, um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie sich ihre Verwaltungsstrukturen in ähnlichen Tätigkeitsfeldern unterschieden. Beispielsweise wurden 1960 in Bulgarien und Frankreich zwei Seminare zur Verwaltung und Organisation von Gesundheitsdiensten in ländlichen Gebieten durchgeführt.

1955 schlug Dr. Begg ein zweites allgemeines Arbeitsprogramm für die Region für den Zeitraum von 1957 bis 1960 vor. Seinen Zeitgenossen zufolge hätte er gerne seine Arbeit am neuen Sitz in Kopenhagen fortgesetzt und hatte beschlossen, sich zur Wiederwahl zu stellen. Nach seinem plötzlichen Ableben benötigte das Regionalbüro jedoch einen neuen Direktor und am 1. Februar 1957 trat Dr. Paul J.J. van de Calseyde das Amt an.

„Ich war einer der Teilnehmer des ersten Seminars. Bei meinen Kollegen handelte es sich um leitende Verwaltungsbeamte im Gesundheitswesen aus 16 Ländern. Einige wurden später Generaldirektoren nationaler Gesundheitsdienste oder Leiter von Fakultäten für Gesundheitswissenschaften. Professor Andrija Štampar leitete die Gruppe. In den 15 Jahren, in denen diese Seminare durchgeführt wurden, trugen sie zur Entstehung eines neuen Netzwerks europäischer Gesundheitsbehörden und Experten bei. Diese Personen leisteten wichtige Arbeit und unterstützten die WHO. Sie ersetzten nach und nach die erste Generation der WHO auf Führungspositionen in Ländern, bei der Weltgesundheitsversammlung und im Exekutivrat.“

Dr. Leo A. Kaprio, Regionaldirektor i. R., 1991



Dr. Paul van de Calseyde: der zweite Regionaldirektor (1956–1966)

„Dr. van de Calseyde war ein guter Direktor und er führte das Büro mit ruhiger Hand, auch wenn er recht derb und barsch werden konnte. Das war Teil seines Charakters, sein Beitrag zur WHO-Führung – ohne diese Eigenschaften wäre er vielleicht weniger effizient gewesen.“

Iwan Tolstoi, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

An der rechten Wand in der Eingangshalle des WHO-Regionalbüros für Europa in Kopenhagen hängt ein Bild des belgischen abstrakten Malers Félix De Boeck. Der Mann auf dem Bild, mit dem die Tradition begonnen wurde, Porträts der Regionaldirektoren dort auszustellen, ist Paul Julien-Joseph van de Calseyde, der zweite WHO-Regionaldirektor für Europa.

Dr. van de Calseyde wurde 1903 in Gent in Belgien geboren. Er besuchte die Universität in seiner Heimatstadt und erwarb 1929 seinen Dokortitel. Sein Spezialgebiet war die Physiopathologie. Er begann jedoch so gut wie umgehend, im Verwaltungsbereich zu arbeiten, und trat im darauffolgenden Jahr eine Stelle als Medizinalbeamter beim Ministerium für Post und Telegrafie an. Dort erwarb er sich seinen Ruf als ein außergewöhnlicher und ethischer Administrator. 1937 wechselte er als Leitender Medizinalbeamter zum Ministerium für öffentliche Gesundheit und Familienfürsorge und wurde später Leiter der Abteilung für Sozialmedizin.

1945 kehrte van de Calseyde als Generaldirektor für öffentliche Gesundheit in das Gesundheitsministerium zurück. Er strukturierte das 1936 gebildete Ministerium vollkommen neu, indem er die einzelnen Teile in ein kohärentes Ganzes integrierte und die Aufgaben zwischen dem Ministerium und den unterschiedlichen Regierungsebenen aufteilte. Auf der Grundlage einer landesweiten Evaluierung entwarf er auch eine Krankenhauspolitik für Belgien und überzeugte schließlich die Regierung davon, in die Renovierung und Ausstattung der Krankenhäuser des Landes zu investieren und neue zu gründen.

Dr. van de Calseydes Ruf als Administrator im Gesundheitswesen verbreitete sich über die Grenzen Belgiens hinaus. Er wurde zum Generalsekretär der Kommission zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in den Rhein-Anliegerstaaten sowie zum

Mitglied des Gesundheitsausschusses der West-europäischen Union ernannt und war von 1948 bis 1956 Delegierter bei der Weltgesundheitsversammlung.

Dr. van de Calseyde wurde im September 1956 vom WHO-Regionalkomitee für Europa nominiert und trat am 1. Februar 1957 das Amt des Regionaldirektors an. Als wesentliche Ereignisse fielen in seine Amtszeit:

- der Umzug des Regionalbüros nach Kopenhagen,
- die Rückkehr der östlichen Länder zur aktiven Mitgliedschaft,
- der Prioritätenwechsel aufgrund des Rückgangs von Geschlechtskrankheiten und der Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten sowie
- die allgemeine Veränderung der Philosophie, in deren Folge die Europäische Region zunehmend zu Präventivstrategien überging.

„Aus- und Weiterbildung waren damals unsere wichtigsten Prioritäten und das Regionalbüro leistete diese Art von Unterstützung für die Mitgliedstaaten in der Form von Stipendienprogrammen, die Gesundheitskräften in allen Ländern fachliche Weiterbildungsmöglichkeiten eröffneten. Die Gesundheitsministerien waren sehr daran interessiert sicherzustellen, dass ihre Bediensteten ihr Wissen und ihre Fachkenntnisse verbessern konnten. Nachdem sie an solchen Maßnahmen teilgenommen hatten, konnten sie andere ausbilden, die dann ihren jeweiligen Ländern effizienter dienen konnten.“

Eddie Vesterholm, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

Nach seinem Eintritt in den Ruhestand 1967 kehrte Dr. van de Calseyde nach Belgien zurück und übernahm dort den Vorsitz des Obersten Rates des Gesundheitswesens. Noch zwei Tage vor seinem Tod am 3. März 1971 nahm er an einer Sitzung des Rates teil.

„Er war ein netter Mann – sehr entspannt –, der immer eine dicke Zigarre rauchte. Damals gab es noch keine Antitabakpolitik und wir rauchten alle im Büro.“

Knud Thoby, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

Der Schock des Neuen: 1956–1966

Neue Gesundheitsprobleme

Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre erlebte Europa einen Wirtschaftsaufschwung. Dies war zweifellos mit vielen Vorteilen wie einer beträchtlichen Verringerung der Fallzahlen bei übertragbaren Krankheiten, aber auch weniger positiven Nebenerscheinungen verbunden, beispielsweise einer Zunahme:

- der Häufigkeit von nichtübertragbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (wie Unfällen und Traumata, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und Rheumatismus),
- der Wasser-, Boden- und Luftverschmutzung sowie der Lärmbelastigung,
- von Ernährungsstörungen, Unfällen und Drogenmissbrauch.

Darüber hinaus gingen die zunehmende Urbanisierung der Region und der Zerfall familiärer

Bindungen mit einer Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme einher.

Im Gesundheitssektor begann man zu verstehen, dass Gesundheit ein sektorübergreifendes Thema ist, das vielfältige Maßnahmen mit großer Reichweite erfordert. Das Regionalbüro stand vor der schwierigen Herausforderung, erheblich multifunktionaler zu werden und seine Tätigkeiten anders zu priorisieren. Dies bedeutete verstärkte Anstrengungen zur Gesundheitsförderung durch nationale und internationale Stellen sowie Aktivitäten in den Bereichen Bildung, Landwirtschaft, Industrie, Veterinärmedizin und Wirtschaft sowie Kultur. Zweitens wurde es zunehmend wichtig, dass Gesundheitsdienste sich nicht mehr ausschließlich auf kurative Aspekte konzentrierten, sondern mehr Wert auf Prävention legten. Dieser Gedanke wurde zu einem Leitmotiv für den größten Teil der Arbeit des Regionalbüros seit den frühen 1960er Jahren.

Bedienstete bei der Arbeit im neuen Büro in Kopenhagen



Daneben bedeutete die Rückkehr der östlichen Länder zur aktiven Mitgliedschaft einen Anstieg der Zahl der „Kunden“ des Regionalbüros – der Bevölkerung, für die es zuständig war – um 200 Millionen. Im Anschluss an die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1960 wurde Russisch nach Englisch und Französisch dritte Arbeitssprache des Regionalbüros.

Neue Programme

Um den neuen Prioritäten Rechnung zu tragen, führte das Regionalbüro neue Programme ein, beispielsweise zu nichtübertragbaren Krankheiten, Gerontologie, Strahlungsschutz (ein durch den so genannten Kalten Krieg verstärktes Anliegen) sowie Epidemiologie und Gesundheitsstatistik.

1960 richtete das Regionalbüro eine Abteilung für chronische Krankheiten und Gerontologie ein. Sie arbeitete eng mit öffentlichen Gesundheitsdiensten vor Ort zusammen und ermutigte sie, Früherkennungsprogramme einschließlich Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen sowie spezieller Behandlungspläne durchzuführen. Die Abteilung erforschte auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflege älterer Personen.

Mit der Einrichtung einer Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsstatistik trug das Regionalbüro dem Umstand Rechnung, dass die Veränderungen im Gesundheitswesen einen neuen Ansatz auf epidemiologischer Basis erforderten. Als Grundlage für die Planung und Umsetzung neuer Gesundheitsstrategien wurden gute Statistikdaten benötigt. Das Regionalbüro unterstützte internationale epidemiologische Untersuchungen, Ausbildungskurse und Stipendien zu Themen wie Tb und degenerativen Herzerkrankungen.

Neue Partnerschaften

Lange bevor irgendjemand von wissenschaftlicher Ökonomie sprach, stützte sich das Regionalbüro auf bestehende Initiativen zur Verbesserung der Ausbildung. Tagungen, Ausbildungskurse, Untersuchungen, Stipendien, Direktkonsultationen und Länderunterstützung wurden wichtige Instrumente, die dazu beitrugen, Wissen bei Anbietern von Gesundheitsleistungen und nationalen Behörden in der gesamten Region zu

verbreiten. Diesen Schwerpunkt auf Ausbildung und Wissen veranschaulichten die so genannten „Demonstrationskurse“, die in Soissons in Frankreich und Uusimaa in Finnland durchgeführt wurden. Sie umfassten Vorlesungen, Gespräche, Diskussionen sowie Besichtigungen und vermittelten Spezialisten aus der Europäischen Region und der gesamten Welt praktische Erfahrungen.

Gemeinsam mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) richtete das Regionalbüro Ausbildungseinrichtungen für Dienstleistungen im Bereich der Mutter- und Kindgesundheit in der gesamten Europäischen Region ein. In dem Maß, in dem Hygiene, Ernährung und Sicherheit im Straßenverkehr zu festen Bestandteilen von Lehrplänen wurden, trugen Schulärzte und -krankenschwestern zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern bei. Die Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) und die WHO entwickelten Bildungsprogramme und Programme für psychische Gesundheit für Kinder. Gemeinsam mit der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) und UNICEF arbeitete die WHO auch Bildungs- und Ausbildungsaktivitäten zur Förderung des Verständnisses für die Folgen von Behinderung aus.

Weitere Partnerschaften wurden gegründet, darunter eine mit der IAO zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz. Die rasche Industrialisierung, Massenproduktion und die Einführung der Kernenergie führten dazu, dass Gesundheitsfachkräfte zunehmend wichtige Aufgaben bei der Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens von Industriearbeitern hatten.

Bei der Bekämpfung von Zoonosen durch Mittel wie Brucellose-Impfstoffe in Spanien und einer Studie zu Leptospirosen arbeitete das Regionalbüro auch eng mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) zusammen.

Neue Aufgaben in neuen Krankenhäusern

Die Rolle von Ärzten in modernen Gesundheitseinrichtungen veränderte sich. Sie waren zunehmend mit administrativen Aufgaben befasst und wurden zu multifunktionalen Gesundheitsspezialisten, deren Arbeit umfasste, Ressourcen und Erfordernisse

in Einklang zu bringen, Prioritäten festzulegen und Gesundheitsprobleme in den Kontext der übergeordneten sozialen und wirtschaftlichen Anliegen einzubetten.

Die wirtschaftliche Entwicklung und gesundheitliche Verbesserungen in der Region steigerten paradoxerweise den Bedarf an Pflegekräften in verschiedenen Bereichen und in einigen Ländern entstand diesbezüglich ein Mangel. Neben der Versorgung von Kranken wurden Pflegekräfte in der Gesundheitserziehung der Bevölkerung eingesetzt und wirkten an der Planung und Organisation von Gesundheitsdiensten mit.

Krankenhäuser veränderten sich ebenfalls, weil sie gezwungen waren, von der Behandlung übertragbarer Krankheiten zur Versorgung älterer Menschen und von Personen überzugehen, die unter chronischen Erkrankungen litten. Dies bedeutete einen schrittweisen Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung.

Neue Ansätze zu übertragbaren Krankheiten und psychischer Gesundheit

In dieser Zeit war die Häufigkeit der Fälle bestimmter übertragbarer Krankheiten wie Geschlechtskrankheiten, Typhus und Pocken rückläufig, während die Fallzahlen anderer Erkrankungen wie Kinderlähmung zunahmen. Tb war nach wie vor weit verbreitet und im Mittelmeerraum waren Trachom sowie bakterielle Konjunktivitis

endemisch. Die Stärkung der Laborsysteme in den Gesundheitswesen war ein Kernelement der Maßnahmen gegen diese Bedrohungen in der Region. Das Regionalbüro bildete Personal aus und half Ländern bei der Impfstoffproduktion. Dank der Unterstützung durch UNICEF wurde das Problem der Impfstoffverfügbarkeit weitgehend gelöst.

Anfang der 1960er Jahre wandelten sich die Ansätze zu psychischer Gesundheit in der Europäischen Region grundlegend und über Jahrzehnte verfolgte Konzepte im Bereich der psychischen Gesundheit wurden obsolet. Neue Medikamente wurden verfügbar, die Symptome linderten und mehr gemeindenahere Betreuungsmöglichkeiten eröffneten. Psychiatrische Einrichtungen wie Krankenhäuser verlagerten ihre Arbeit in Richtung auf die ambulante Versorgung und parallel dazu wurden geschlossene Einrichtungen außer Betrieb gestellt und Zwangseinweisungen sowie gefängnisähnliche Bedingungen weniger häufig.

Als sich Dr. van de Calseydes Amtszeit 1966 dem Ende zuneigte, war das Regionalbüro wesentlich besser aufgestellt als bei seinem Amtsantritt. Die Zusammenarbeit zwischen Ländern – die ihm ein besonderes Anliegen war – und die Vorstellung eines ganzheitlichen Ansatzes zu Gesundheitsproblemen sowie zur nationalen Gesundheitsplanung als wichtiges Instrument für die stetige Verbesserung der Gesundheit waren inzwischen allgemein anerkannt. Der nächste Regionaldirektor würde vor der Aufgabe stehen, alle Stränge des Regionalbüros zu einem einheitlichen Gesundheitskonzept zu verknüpfen.

Europäische region: malariafrei

1962 konnte das Büro einen wichtigen Fortschritt verkünden, als die Region als erste malariafrei erklärt wurde. Dies war auf intensive Bemühungen zur Bestimmung der Ätiologie und Epidemiologie von Malaria in der Region sowie die Ausarbeitung des Protokolls für ihre Eradikation zurückzuführen. Die Erfahrungen der WHO-Mitarbeiter in Griechenland trugen dazu bei, dass sich die Erkenntnis durchsetzte, wie wichtig das Versprühen von Insektiziden und die epidemiologische Überwachung waren.

Während der 1960er und 1970er Jahre war Malaria in der Europäischen Region weitgehend auf aus anderen Ländern eingeschleppte Fälle beschränkt. In den 1990er Jahren flammte die Krankheit jedoch wieder deutlich auf und erreichte in Ländern in Zentralasien und im Kaukasus epidemische Ausmaße. Zwischen 1995 und 2008 konnte die Zahl der gemeldeten Fälle durch Intensivmaßnahmen von 90 712 auf 589 verringert werden. 2005 verpflichteten sich in der *Erklärung von Taschkent*: „Von der Bekämpfung zur Eliminierung der Malaria“ alle von Malaria betroffenen Länder in der Region zu einer neuerlichen Anstrengung mit dem Ziel, die Krankheit zu eliminieren.



Dr. Leo A. Kaprio: der dritte Regionaldirektor (1966–1985)

„Leo Kaprio war ein gewissenhafter Mensch und umsichtig in allem, was er tat. Er fürchtete sich nicht davor, mutige Entscheidungen zu treffen, blieb aber immer diplomatisch. Die Leute respektierten ihn, weil er fachlich untadelig war, aber auch, weil er geradlinig war und keine Spielchen spielte.“

Dr. Jo E. Asvall, Regionaldirektor i. R., 2008

Die erste Lebenshälfte von Leo A. Kaprio war stark vom Krieg geprägt. Er wurde 1918 in Finnland geboren, als in seinem Heimatland ein Bürgerkrieg ausgetragen wurde. Im Zweiten Weltkrieg war er gezwungen, seine medizinische Ausbildung zu unterbrechen, und diente als Hauptmann im Sanitätsdienst der finnischen Armee. 1955 konnte er endlich sein Studium mit dem Erwerb eines Dokortitels in den Vereinigten Staaten abschließen. Zu diesem Zeitpunkt hatte er bereits in Krankenhäusern und Hochschulen gearbeitet, die Aufsicht über Gesundheitsdienste in zehn finnischen Provinzen geführt und war Leiter des von der WHO als internationales Ausbildungszentrum genutzten finnischen Gesundheitserziehungs- und demonstrationszentrums in Uusimaa sowie stellvertretender Amtsarzt in der Provinz Uusimaa gewesen.

Dr. Kaprio kam erstmalig 1948 in Kontakt mit der WHO, als er die finnische Regierung auf einer Konferenz in Genf vertrat, auf der die Gründung

des Regionalbüros erörtert wurde. Er trat 1956 in den Dienst der WHO ein und arbeitete in den Regionalbüros für den Östlichen Mittelmeerraum und für Europa sowie als Leiter der Abteilung für öffentliche Gesundheitsdienste im WHO-Hauptbüro.

1965 wurde er für das Amt des WHO-Regionaldirektors für Europa nominiert und trat dieses im Februar 1966 an. Seine Amtszeit währte 18 Jahre, in denen er nach seinen eigenen Worten „durchschnittlich zwei Generationen nationaler Generaldirektoren sowie mehrere hundert Gesundheitsminister und Stellvertretende Gesundheitsminister überlebte“.

Dr. Kaprio trat 1985 in den Ruhestand ein und wurde mit dem Titel WHO-Regionaldirektor i. R. ausgezeichnet. Auch danach blieb er aktiv in der Organisation. Außerdem lehrte er von 1989 bis zu seinem Tod im Jahr 2000 internationale Gesundheitspolitik in Helsinki.

„Dr. Kaprio war eine beherrschende Erscheinung im Regionalbüro. Manche Mitarbeiter verglichen ihn mit einem gütigen König. Er hatte einen sehr interessanten Charakter, der wie gemacht war für das Amt, das er innehatte. Sie müssen sich in Erinnerung rufen, dass man sich mitten im Kalten Krieg befand und es vom Gesundheitsbereich abgesehen keine Zusammenarbeit zwischen dem Westen und dem Osten gab. Die WHO war eine seltene Ausnahme von der Regel und bei ihr fand Kooperation in der Praxis statt.“

Dr. Jo E. Asvall, Regionaldirektor i. R., 2008

Planungen für die Zukunft: 1966–1985

Gesundheitsplanung

„Moderne medizinische Wissenschaft“, schrieb Dr. Kaprio 1969, sollte „wirksam und wirtschaftlich zum Wohl der gesamten Bevölkerung angewendet werden. ... Es besteht ein wachsender Bedarf an langfristiger Planung sowie besserer administrativer Führung des ‚medizinischen Dienstes‘, der ökonomisch gesehen einer der größten Arbeitgeber in der modernen Industriegesellschaft ist.“

Das WHO-Regionalbüro für Europa hatte drei Jahre zuvor begonnen, auf diese Vorstellung zu reagieren, als das Regionalkomitee die Ausarbeitung des Konzepts der nationalen Gesundheitsplanung anging. Um einen systematischeren Ansatz verfolgen zu können, reorganisierte das Regionalbüro in einem ersten Schritt sein Programm und seinen Haushalt. Dies

umfasste die Erstellung von Langzeitplänen in der gesamten Region in Zusammenarbeit mit nationalen Gesundheitsdiensten, dem WHO-Hauptbüro sowie anderen staatlichen Stellen und nichtstaatlichen Organisationen.

Langzeitprogramme

Das Regionalbüro ersetzte die gewöhnlich kurzfristigen und unkoordinierten Aktivitäten in der gesamten Region durch umfassende Langzeitprogramme mit einem breiten Spektrum an Projekten, die zu einem zentralen Ziel beitrugen. (Sie eigneten sich auch vortrefflich zur Erprobung der Grundsätze der Gesundheitsplanung.)

Die drei Programme – zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischer Gesundheit und



Ihre Majestät Königin Margrethe II von Dänemark und Seine Königliche Hoheit Prinz Henrik bei der Einweihung neuer Gebäude, 1972

Umwelt – wurden etwa gleichzeitig begonnen und hatten eine Laufzeit von circa zehn Jahren. Sie stellten die Weichen für zukünftige Aktivitäten in diesen Bereichen. In der Praxis bedeutete dies einen allgemeinen fortschreitenden Übergang von Behandlungsstrategien zu Präventivmaßnahmen.

Langzeitprogramm zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1968–1980)

1968 „galten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den meisten Ländern in der Europäischen Region als ‚individuelles Schicksal‘, das der Patient und der behandelnde Arzt bewältigen mussten. Die überwiegende Mehrheit der Kardiologen in der Europäischen Region wäre nicht auf den Gedanken gekommen, koronare Herzkrankheit als Massenphänomen einzustufen.“ Das Langzeitprogramm zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen zielte darauf ab, dies zu ändern, und befasste sich mit der Entwicklung von Maßnahmen sowie der Erprobung von Methoden, um der koronaren Herzkrankheit entgegenzuwirken. (Um rheumatische Herzkrankheit, Schlaganfall und Bluthochdruck kümmerte sich das WHO-Hauptbüro.) Das Programm verbesserte auch das Wissen über die Epidemiologie und die Entstehungsgeschichte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Indem es die Nutzung der kardiologischen Intensivversorgung, Bypass-Operationen und die

aktive Rehabilitation in ambulanten Einrichtungen förderte, trug das Programm zu einer Veränderung des gesamten Ansatzes zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Region bei. Es hatte auch „einen positiven Einfluss auf alle laufenden wichtigen Projekte vor Ort innerhalb und außerhalb der WHO. Im Gegenzug war die Tätigkeit von mehreren tausend Auszubildenden, Teilnehmern und Experten im Rahmen des Programms ein wichtiger Faktor für die zukünftige Tätigkeit des Regionalbüros.“

Das Programm hatte auch einen unerwarteten Nebeneffekt. Es brachte politisch engagierte Kardiologen miteinander in Kontakt, die später eine Gruppe gründeten, die sich „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“ nannte und 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet wurde.

Langzeitprogramm zu psychischer Gesundheit (1970–1978)

Das Büro forderte erstmals ein Programm für psychische Gesundheit, nachdem es nach den politischen und sozialen Unruhen von 1968 begonnen hatte, sich mit der psychischen Gesundheit junger Menschen zu befassen. 1970 wurde dann ein allgemeineres Programm eingerichtet, das sich auf acht Problembereiche konzentrierte:

1. das Stigma psychischer Störungen,
2. traditionelle Versorgungssysteme in Anstalten,
3. große isolierte psychiatrische Anstalten,

„Ein WHO-Programm wurde in einfachen Worten definiert als bestehend aus ‚zwei Hauptelementen: (a) der Erkennung und adäquaten Beschreibung eines Problems sowie (b) der Gesamtheit der vorgeschlagenen Maßnahmen zu seiner partiellen oder vollständigen Lösung‘. Die drei Langzeitprogramme genügten dieser Definition und allen dreien waren sowohl eine umfassende Struktur als auch ein umfassender Ansatz gemeinsam.“

Dr. Leo A. Kaprio, Regionaldirektor i. R., 1991

4. veraltete Gesetzgebung,
5. wenige ambulante Alternativen zu Anstalten,
6. Mangel an nichtmedizinischem Personal,
7. Mangel an adäquaten Daten und
8. mangelnde Koordination mit anderen gemeindenahen Diensten.

Das Langzeitprogramm schlug ein neues Versorgungsmodell vor: umfassende präventive Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen, die durch multidisziplinäre Teams von Gesundheitskräften gemeindenah erbracht werden. Dieser Ansatz ist der heute gängige.

Um zu einem besseren Verständnis zu gelangen, begann das Büro mit der Sammlung statistischer Daten und der Ausbildung von Personal. Das Programm fungierte als eine Art Dach, unter dem das Regionalbüro ganz verschiedene Initiativen zusammenbringen sowie gleichzeitig die Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Organisationen ausweiten konnte. Es konzentrierte sich auf vier allgemeine Felder:

1. Organisation und Planung von Leistungen und Personal,
2. Aus- und Weiterbildung,
3. Informationen über psychische Störungen und ihre Klassifikation sowie
4. Probleme von bestimmten sozialen Gruppen wie jungen Menschen, Alkoholikern und Drogenkonsumenten.

1978 wurde das Langzeitprogramm der Region Bestandteil der globalen WHO-Strategie.

Langzeitprogramm zu Umweltgesundheit (1971–1980)

1970 billigte das Regionalkomitee ein Langzeitprogramm zur Bekämpfung der Umweltverschmutzung. Das Regionalbüro setzte sich dabei das Ziel, die Mitgliedstaaten durch ein systematisches und koordiniertes Langzeitprogramm zu unter-

stützen, das nach Möglichkeiten suchen sollte, Umweltgefahren für die Gesundheit zu verhindern und/oder sie auf gesetzgeberischem, administrativem und technischem Weg zu neutralisieren. Das Programm berücksichtigte die Wasser- und Abwasserversorgung, die Behandlung und Entsorgung von festen Abfällen, die Chemikaliensicherheit, die Nahrungsmittelsicherheit, den Strahlungsschutz, den Zusammenhang von Wohnen und Gesundheit sowie den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

„Das Langzeitprogramm“, schrieb Dr. Kaprio 1991, „beschritt neue Wege, indem es bezüglich der Umweltgesundheit zu einem sektorübergreifenden Präventivansatz und internationaler Zusammenarbeit aufrief. Wenngleich knappe Ressourcen und politische Schwierigkeiten die Durchführung behinderten (insbesondere in den östlichen Ländern in der Region), trug das Programm zum Aufbau und zur Schulung eines Netzwerks von Umweltgesundheitsexperten in der gesamten Region bei. Sie erwiesen sich als wertvolle Verbündete bei der zukünftigen Arbeit der WHO im Bereich der Umweltgesundheit.“

Ein neues globales Konzept: Gesundheit für alle

Im Mai 1977 nahm die Weltgesundheitsversammlung das Dokument an, das die Grundlage des zukünftigen globalen Konzepts für Gesundheit für alle bildete. In der EntschlieÙung hieß es, die WHO und die Regierungen sollten das Ziel verfolgen, dass „alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 ein gesundheitliches Niveau erreicht hätten, welches es ihnen erlauben würde, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“.

Der nächste Schritt wurde auf der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata in der UdSSR 1978 getan, als die Teilnehmer eine Erklärung annahmen, die eine sorgfältige Definition der primären

Europäische Region: pockenfrei

Nach mehr als einem Jahrzehnt intensiver Anstrengungen wurde die Europäische Region 1977 offiziell pockenfrei erklärt. Die Eradikation der Pocken ist nach wie vor eine der größten Errungenschaften für die Gesundheit der Bevölkerung.

Gesundheitsversorgung enthielt und diese als das entscheidende Element dafür anerkannte, Gesundheit für alle zu erreichen. Weil eines der ursprünglichen Ziele des Konzepts darin bestand, ärmeren, weniger entwickelten Ländern zu helfen, waren leider viele wohlhabende entwickelte Länder der Meinung, das Konzept besäße für sie keine Relevanz.

Regionalstrategie und regionale Zielvorgaben

Dr. Kaprio war sich genau darüber bewusst, dass das Konzept „Gesundheit für alle“ nur Erfolg haben konnte, wenn auch die entwickelten Länder es sich zu eigen machten. Er war überzeugt, dass die weniger entwickelten Länder das Konzept als ein Zwei-Klassen-System betrachten und es kurzerhand ablehnen würden, wenn die Beteiligung der entwickelten Mitgliedstaaten lediglich in der Bereitstellung von Finanzmitteln bestehen würde. Das Regionalbüro bemühte sich deshalb entwickelten Mitgliedstaaten der Europäischen Region klar zu machen, dass das Konzept für sie als Weg zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerung von Bedeutung war.

Schließlich gab es keinen Mitgliedstaat, der nicht mit irgendwelchen Problemen im Gesundheitsbereich konfrontiert war. Dazu zählten Benachteiligungen von Gruppen, die mehr primäre Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung benötigten, sowie große Unterschiede in und unter den Ländern beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, was häufig auf eine ungleiche Streuung der Gesundheitsdienste zurückzuführen war. Außerdem wurde viel zu viel Gewicht auf Behandlung und Heilung gelegt, während Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung vernachlässigt wurden.

Die Tagung des Regionalkomitees 1969 war eine bedeutsame Etappe bei der Entwicklung des Konzepts „Gesundheit für alle“. Das Regionalbüro stellte die Ergebnisse einer sechsjährigen Studie zu Familiengesundheit vor, die wichtige Hintergrunddaten für die Entwicklung der Strategie und der Zielvorgaben für „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region lieferten. 1970 billigte das Regionalkomitee die Einführung einer „umfassenden, kohärenten und konsistenten Langzeitstrategie für die Gesamtregion“ einschließlich Zielen und Programmen

auf nationaler und regionaler Ebene für:

1. die Förderung einer gesunden Lebensführung,
2. die Verringerung der Häufigkeit verhütbarer Erkrankungen und
3. die Bereitstellung adäquater und zugänglicher Gesundheitsversorgung für alle.

Ein wesentliches Merkmal dieser Strategie war ihre Kompatibilität mit der globalen WHO-Strategie. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region hatten 1981 jedoch bereits die meisten der globalen Zielvorgaben erreicht, sodass die Region ihre eigenen Zielvorgaben festlegen musste. 1982/83 entwickelte der Regionale Beirat für Gesundheitsentwicklung unter Einbeziehung wichtiger Partner konzeptionelle Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Gefährdungen, die sich eher an den Zielen als an vorhandenen Ressourcen oder Problemen orientieren sollten. Dabei richtete er den Blick auf Gesundheitsplanung und Gesundheitsmanagement sowie Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Qualität von Gesundheitssystemen.

Der erste Entwurf des Beirats für die Strategie „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region enthielt Vorschläge für 82 Zielvorgaben, die bis zum Jahr 2000 erreicht werden sollten. Zum Zeitpunkt der Annahme des ersten Grundsatzpapiers „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region durch das Regionalkomitee im Jahr 1984 war deren Zahl auf 38 verringert und um 65 verknüpfte Indikatoren ergänzt worden. Dieses Grundsatzpapier sollte den Ausgangspunkt für alle zukünftigen WHO-Aktivitäten in der Region bilden.

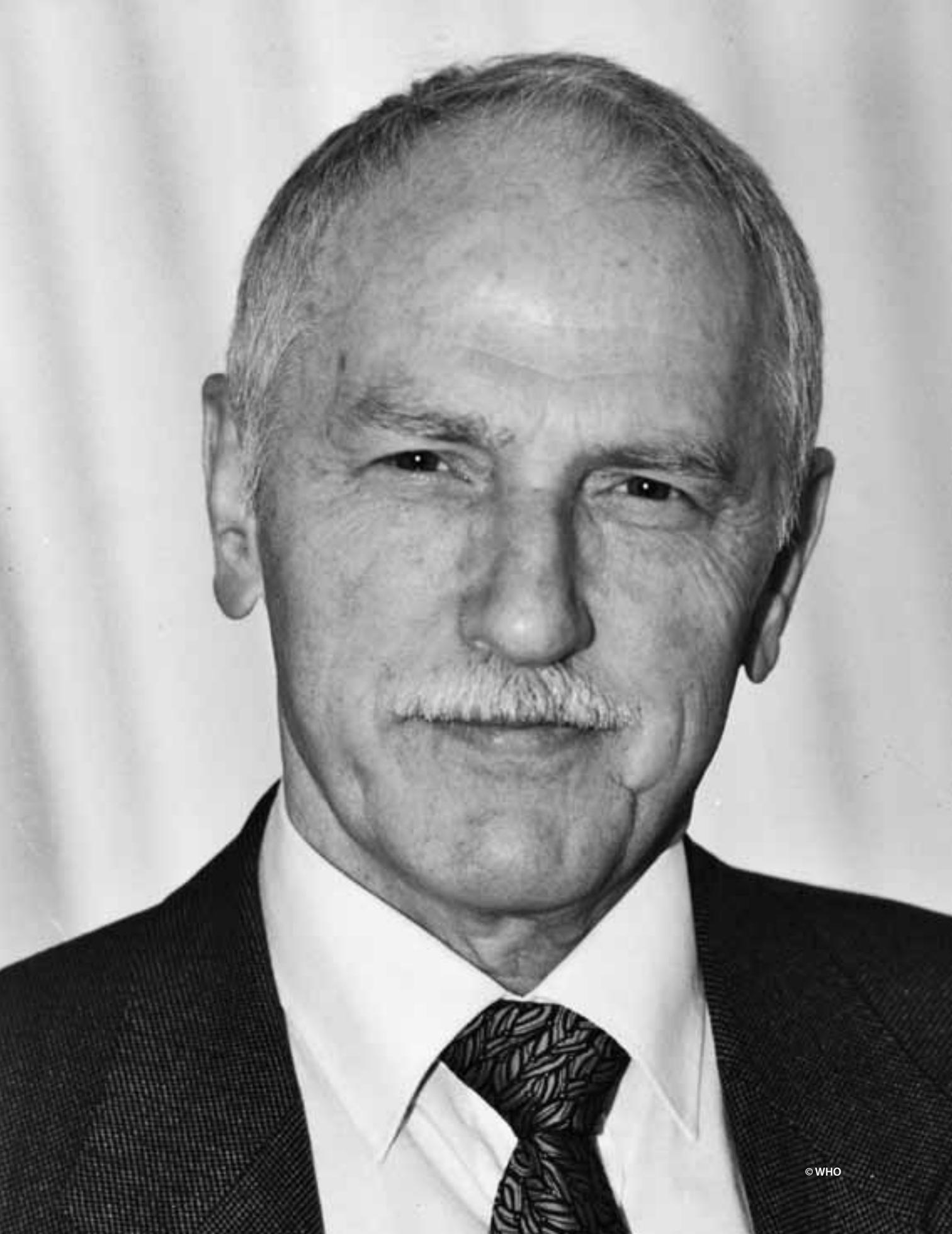
Das Konzept gab einen klaren ethischen Rahmen für die konzeptionelle Weiterentwicklung vor sowie eine Verlagerung von krankenhausorientierten Gesundheitssystemen zu Systemen auf der Grundlage verbesserter primärer Gesundheitsversorgung. Es basierte auf den Grundwerten gesundheitliche Chancengleichheit, Solidarität sowie Teilhabe und wird von diesen geleitet. Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutete, dass auf der Grundlage gerechter Verteilung jeder in der Gesellschaft eine faire Chance haben sollte, sein Gesundheitspotenzial auszuschöpfen. Solidarität bedeutete, dass Gesellschaften die Gesundheit aller ihrer Mitglieder anstreben sollten. Teilhabe bedeutete, dass Betroffene

an Entscheidungen mitwirken müssen, welche zur Verbesserung der Gesundheit und/oder der Gesundheitssysteme führen sollen.

Die Strategie beruhte auch auf gesundheitspolitischen Vorstellungen wie Krankheitsprävention, Förderung gesunder Lebensführung und Einflussnahme auf Gesundheitsdeterminanten. Dies bedeutete zwangsläufig die Ausweitung der Gesundheitspolitik über den Gesundheitssektor hinaus auf andere Sektoren in der Gesellschaft wie Bildung, Umwelt, Landwirtschaft und Industrie. Darüber hinaus trug es dem Umstand Rechnung, dass Gesundheitspolitik auch Wirtschaftspolitik war. Die Verbesserung der

Gesundheit einer Bevölkerung trägt dazu bei, die Entwicklung und das Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft zu fördern.

Die Annahme eines einheitlichen Gesundheitskonzepts für die Europäische Region war Dr. Kaprios letzter großer Verdienst als WHO-Regionaldirektor für Europa. Er trat 1985 ab und wurde durch Dr. Jo E. Asvall ersetzt, der als Leiter der Programmplanung im Regionalbüro großen Anteil an der Ausarbeitung des Konzepts „Gesundheit für alle“ gehabt hatte. Nach der Annahme des Konzepts stand der neue Regionaldirektor vor der Aufgabe, es in die Praxis umzusetzen.



Dr. Jo E. Asvall: der vierte Regionaldirektor (1985–2000)

„Ich war stets beeindruckt von Dr. Asvalls tief gehegter Überzeugung, dass die Arbeit der WHO einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Menschen in allen Ländern haben könnte. Er hielt an diesem Prinzip immer fest.“

Dr. Paul A. Lamarche, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

Jo E. Asvall wurde 1931 in Norwegen geboren und schloss 1956 sein Medizinstudium ab. Er bewarb sich erstmals zwei Jahre später bei der WHO und zählte zum Kreis von zehn Personen, die 1959 für Malariaeradikationskurse in Lateinamerika ausgewählt wurden. Dr. Asvall arbeitete in Ecuador, Jamaica und Mexiko, bevor er nach Westafrika ging, wo er Leiter des Malariateams der WHO für Benin, Kamerun und Togo war.

Nach seiner Rückkehr nach Norwegen im Jahr 1963 trat er eine Krankenhausstelle an und befasste sich zunehmend mit klinischem Management und Krankenhausverwaltung. Diese Erfahrung kam ihm zustatten, als er 1973 Leiter der Krankenhausabteilung im norwegischen Sozialministerium wurde. Er hatte entscheidenden Anteil an der Formulierung einer neuen nationalen Gesundheitspolitik Norwegens, die 1975 umgesetzt wurde. Ein Jahr später nahm er als Delegierter an der Weltgesundheitsversammlung teil. Anschließend kam er zum WHO-Regionalbüro für

Europa, wo er bis zu seiner Ernennung zum Leiter der Programmplanung im Jahr 1979 als Fachreferent für Landesgesundheitsplanung tätig war.

Dr. Kaprio sah in Dr. Asvall die treibende Kraft des Konzepts „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region der WHO. Als 1984 der Nachfolger von Dr. Kaprio nominiert werden musste, galt Dr. Asvall als der richtige Kandidat. Seine Amtszeit war von dem Bemühen geprägt, darauf hinzuwirken, dass das Grundsatzpapier „Gesundheit für alle“ – auch die „Bibel der Gesundheitspolitik“, wie er es nannte – zur treibenden Kraft der Arbeit des Regionalbüros wurde.

Im Januar 2000 schied Dr. Asvall aus dem Amt und wurde Regionaldirektor i. R. Er lebt in Kopenhagen und Genf und gilt als führender Public-Health-Experte sowie guter Skifahrer.²

² Leider verstarb Dr. Asvall am 10. Februar 2010 kurz nach Veröffentlichung der englischen Originalausgabe dieses Berichts.

„Wir befanden uns mitten im Kalten Krieg und was für manche wissenschaftlich valide war, war für andere politisch inakzeptabel. Ich kann mich gut an lautstarke Debatten über bestimmte Zielvorgaben erinnern, aber Dr. Asvall pflegte einen transparenten Führungsstil. Er hörte anderen zu und akzeptierte kritische Bemerkungen und Kommentare, wenn sie konstruktiv und höflich formuliert waren.“

Dr. Paul A. Lamarche, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

Gesundheit für alle: 1985–2000

Die Umsetzung von „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region

Im Kern ging es bei dem Konzept „Gesundheit für alle“ um die Veränderung der Einstellungen gegenüber Gesundheit. Dies bedeutete die Änderung der Politik, die Stärkung der Akteure in dem Sektor – von den Nutzern und Erbringern von Gesundheitsleistungen bis zu den Administratoren – sowie die Mobilisierung internationaler Netzwerke von Gesundheitskräften, Politikern und Massenmedien zur Förderung der Gesundheit aller. „Aktive Gesundheitsförderung“ galt als der beste Weg zur Umsetzung des Konzepts in der Europäischen Region: Die Rolle der WHO sollte darin bestehen, das Verständnis der Mitgliedstaaten – und somit ihrer Bürger – dafür zu verbessern, wie schlechte Gesundheit vermieden werden konnte, und Strategien für die Verbesserung der Gesundheit in der gesamten Region zu empfehlen.

Für das WHO-Regionalbüro für Europa bestand ein Teil dieses Konzepts der aktiven Gesundheitsförderung in der Unterstützung der nationalen Gesundheitsdienste, die „Gesundheit für alle“ in die Praxis umsetzen wollten. Von 1985

bis 1990 half das Büro deshalb Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung von Gesundheitskonzepten und -programmen, welche die Vorstellungen von „Gesundheit für alle“ unterstützten. Konsultationen und Untersuchungen in der gesamten Region ergaben, dass den Mitgliedstaaten gewisse Probleme bei der Umsetzung gemeinsam waren:

- Die nationalen Behörden widmeten der Verknüpfung zwischen Gesundheit und sozialem sowie wirtschaftlichem Verhalten zu wenig Aufmerksamkeit.
- In den 1970er Jahren verschlechterten sich die Wirtschaftsindikatoren, woraufhin trotz rasch steigender Kosten Sparmaßnahmen in Gesundheitssystemen ergriffen wurden.
- Bei Nutzern herrschte verbreitet Unzufriedenheit über die verfügbare Versorgung und den Umstand, dass hohe Gesundheitsinvestitionen zu häufig vollkommen unzureichende Ergebnisse hatten.

Die Herausforderung für das Regionalbüro in den ersten Jahren der Amtszeit von Dr. Asvall bestand darin, konkurrierende Bedürfnisse mit der notwendigen Umsetzung von „Gesundheit für alle“ in Einklang zu bringen.

„Gesundheit für alle“ eröffnete neue operative Horizonte jenseits der Gesundheitssysteme und wurde zu einem integralen Bestandteil vieler Sektoren der Gesellschaft. Der Leitgedanke war, dass Gesundheitsleistungen für alle erbracht werden mussten und nicht nur für die am meisten Begünstigten. Dieser Gedanke war brandneu und für die damalige Zeit revolutionär. Er begeisterte das gesamte WHO-Personal und auch das Europäische Regionalbüro.“

Dr. Paul A. Lamarche, früherer Mitarbeiter des Regionalbüros, 2008

Zusammenarbeit

Der erste Schritt wurde bereits vor dem Amtsantritt von Dr. Asvall als Regionaldirektor unternommen. Als Leiter der Programmplanung hatte er zwischen 1982 und 1986 eine Veranstaltungsreihe mit dem Titel „Führung durch Überzeugungsarbeit“ organisiert. Diese diente dazu, die Strategie zu erläutern und zu fördern sowie zu erklären, wie sie umgesetzt werden konnte. Vier Veranstaltungen wurden durchgeführt, bei denen Verantwortliche im Gesundheitsbereich aus der gesamten Region zusammenkamen: in der Türkei (Antalya), Norwegen (Oslo), Griechenland (Korfu) und Irland (Shannon). An den Veranstaltungen, die auf den an unterschiedlichen Orten organisierten Seminaren der 1950er und 1960er Jahre basierten, nahmen auch Personen von außerhalb des Gesundheitsbereichs wie Politikwissenschaftler und Managementexperten teil. Sie erwiesen sich als außerordentlich nützlich für die Schaffung neuer Netzwerke von Gesundheitsfachkräften in der gesamten Region, die sich mit dem Konzept „Gesundheit für alle“ auskannten und es umzusetzen wünschten.

Der zweite Schritt bestand darin, Strategien und Aktionsprogramme in Mitgliedstaaten zu unterstützen. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten begannen intensive Konsultationen und Verhandlungen geleitet von dem Gedanken, maßgeschneiderte gesundheitspolitische Grundsatzpapiere zu erstellen. Ende 1987 verfügten zehn Länder über solche Dokumente, darunter Bulgarien, die Deutsche Demokratische Republik, die Niederlande, Irland, Ungarn und Jugoslawien. Bis

Ende 1989 waren weitere sieben hinzugekommen. Nach den politischen Veränderungen Anfang der 1990er Jahre mussten Länder in der östlichen Hälfte der Region ihre Gesundheitsdienste wieder aufbauen. Die meisten waren froh, mit dem Regionalbüro bei der Neuformulierung ihrer nationalen Gesundheitspolitik unter Bezugnahme auf das Konzept „Gesundheit für alle“ zusammenarbeiten zu können.

Tschernobyl

Der Störfall im Kernkraftwerk Tschernobyl am 26. April 1986 war eine Gesundheitskrise von nie zuvor dagewesenem Ausmaß. Unmittelbar nach dem Eintritt der Katastrophe stellte das Regionalbüro ein Team von Mitarbeitern und anderen Experten zusammen, die Daten sammelten und analysierten, um ihre Erkenntnisse an die Mitgliedstaaten weiterzugeben. Anfang Mai kündigte das Regionalbüro geeignete Gegenmaßnahmen an und gab vier Tage darauf einen Bericht heraus, der die Panik dämpfen und eine maßvolle, auf Fakten basierende Debatte in Gang setzen sollte. Die langfristig angelegte Arbeit des Büros im Bereich der Umweltgesundheit und zu den Auswirkungen ionisierender Strahlung erwies sich hier als wertvolle Grundlage.

Die Tschernobyl-Katastrophe war eines der ersten Ereignisse in der Europäischen Region mit eindeutig grenzüberschreitenden gesundheitlichen Auswirkungen. Die Erfahrung, die das Büro beim Umgang mit der Katastrophe erwerben konnte, erwies sich später als wertvoll bei der Reaktion auf andere Ereignisse.

Europa gegen tabak

1988 fand in Madrid in Spanien die Europäische Konferenz zur Tabakpolitik statt. Teilnehmer aus 27 Mitgliedstaaten und vier Ländern außerhalb der Region kamen zusammen um zu erörtern, wie die Europäische Region wegweisend bei der Regulierung von Tabak und seinen gesundheitsschädlichen Wirkungsweisen sein könnte. In der von der Konferenz verabschiedeten Charta gegen Tabak hieß es, dass Personen ein moralisches Recht haben, vor den von Tabak verursachten Krankheiten sowie der Belastung durch Passivrauchen geschützt zu werden.

Die Konferenz war ein wichtiger Fortschritt in der Tabakpolitik in der Europäischen Region und beeinflusste spätere nationale Tabakpolitiken. Die Europäische Region ist seitdem stets führend bei der Eindämmung des Tabakgebrauchs gewesen. 2002 nahmen die Mitgliedstaaten die Anti-Tabak-Strategie für die Europäische Region an, die eine jährliche Überprüfung der Fortschritte vorsieht. Der Prozess konnte zudem auf die globale Ebene ausgeweitet werden und kulminierte in der Annahme des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), des ersten global verbindlichen WHO-Vertrags im Public-Health-Bereich.

Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung

Das WHO-Hauptbüro anerkannte 1986 den Erfolg des Regionalbüros für Europa bei der Umsetzung des Konzepts „Gesundheit für alle“ und bat es, die erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung zu organisieren. Das Ergebnis der Konferenz, die in Ottawa in Kanada stattfand, war die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung, in der Gesundheitsförderung als ein Prozess definiert wird, der Menschen befähigt, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu stärken und sie auf diese Weise zu verbessern. Sie konkretisierte ferner das Konzept „Gesundheit für alle“ in fünf wichtigen Bereichen: Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Schaffung stützender Lebenswelten, Unterstützung des gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Handelns, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuausrichtung der Gesundheitsdienste.

Angesichts der zunehmenden Komplexität der Tätigkeit des Regionalbüros zur Förderung des Konzepts „Gesundheit für alle“ richtete es seine Aktivitäten auf der Grundlage von fünf individuellen, aber verbundenen Säulen neu aus:

1. „Gesundheit für alle“ für Aktivitäten im Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengleichheit und der Gesundheit einer zunehmend älteren Bevölkerung;
2. gesunde Lebensführung mit den Zielen der Verhinderung des Tabakkonsums, der Verbesserung der Ernährung sowie der Prävention und Behandlung von HIV/Aids;
3. gesunde Umweltbedingungen, wodurch der Verknüpfung zwischen Gesundheit und Umwelt Rechnung getragen wurde;
4. angemessene Versorgung unter Berücksichtigung von Mutter- und Kindgesundheit, Sexualität und Familienplanung, der Qualität der Versorgung und technologischer Aspekte;
5. Forschungsunterstützung und Unterstützung zur stetigen Verbesserung der Gesundheit einschließlich Forschung, Gesundheitsmanagement und Medizinerbildung.

Kurze Zeit nach der Konferenz in Ottawa führte das Regionalbüro zusätzliche Initiativen ein, die es möglich machen sollten, die Gesundheitsförderung und das Konzept „Gesundheit für alle“ auf bestimmte Settings zu übertragen: das Gesunde-Städte-Projekt und den Europäischen Verbund der

© WHO



Mehr Mitgliedstaaten: Flaggen bei einer Tagung des Regionalkomitees, 1990er Jahre

gesundheitsfördernden Schulen. Ferner wurde die Gesundheitsförderung zu einem zentralen Element des Integrierten Länderprogramms zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI), das zu einem früheren Zeitpunkt in den 1980er Jahren begonnen worden war.

EUROHEALTH

Die politischen Umwälzungen in der östlichen Hälfte der Region hatte nicht nur die Zahl der Mitgliedstaaten der Region fast verdoppelt (von 31 auf 50), sondern auch die Arbeitsweise des Regionalbüros verändert. In der neuen Situation wurde eine riesige gesundheitliche Kluft zwischen der Ost- und der Westhälfte der Region offenkundig.

1990 nahm das Regionalbüro eine Mittelumschichtung zugunsten von Ländern in der östlichen Hälfte der Region vor und richtete das Programm EUROHEALTH ein, das den unmittelbaren und mittelfristigen Bedarf dieser Länder decken sollte. Dieses Programm passte das Programm „Gesundheit für alle“ für die Gesamtregion an und verlegte den Schwerpunkt stärker auf die Länderebene. Es kam anfänglich 26 Mitgliedstaaten zugute, von denen 21 WHO-Unterstützung in vier Bereichen erhielten: Gesundheitsleistungen, Krankheitsprävention und Qualität der Versorgung, gesunde Lebensführung sowie Umwelt und Gesundheit.

Außerdem begann das Regionalbüro Verbindungsbüros in Ländern einzurichten, um den Kontakt zu Regierungen sowie den Informationsaustausch mit ihnen zu gewährleisten und die Aktivitäten der WHO und anderer Organisationen zu koordinieren. Mitte 1993 gab es 13 Verbindungsbüros; weitere kamen später hinzu. Sie waren die Vorläufer der heutigen Länderbüros.

Im Abschlussbericht der ersten externen Beurteilung von EUROHEALTH wurde 1994 festgestellt, dass das Programm die Gesundheit allgemein erfolgreich verbessert hatte, wenngleich es weiterhin eine Reihe von Problembereichen gab. Dazu zählten die Reform des Gesundheitswesens, die Gesundheitsförderung und die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Als Ursachen hierfür wurden fehlender Wille auf der nationalen Ebene und mangelnde Unterstützung durch das Regionalbüro angeführt. Dieser Bericht

zog eine Anpassung des Programms nach sich, in das sechs neue Prioritäten aufgenommen wurden: Gesundheitspolitik, Reform des Gesundheitswesens, Mutter- und Kindgesundheit, Infektionskrankheiten, nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung sowie Umweltgesundheit. Die Neuausrichtung führte auch dazu, dass die Durchführung von EUROHEALTH in höherem Maße länderorientiert wurde. Das Regionalbüro achtete stärker darauf, seine Unterstützung genau auf die Bedürfnisse und die Haushalte von Mitgliedstaaten zuzuschneiden.

Der wirkliche Erfolg des EUROHEALTH-Programms – und damit seiner Grundlage, des Konzepts „Gesundheit für alle“ – lässt sich daran ablesen, dass es zu einem als selbstverständlich empfundenen Bestandteil der Gesundheitsetats, -prioritäten und -systeme vieler Mitgliedstaaten wurde.

Das Regionalbüro und der Konflikt im ehemaligen Jugoslawien

In den 1990er Jahren musste das Regionalbüro für Europa auf die schwere humanitäre Krise reagieren, die durch den bewaffneten Konflikt im Gefolge des Auseinanderbrechens Jugoslawiens ausgelöst wurde. Das Büro arbeitete neue Konzepte zur Bewältigung der Herausforderungen aus, die durch die Kämpfe verursacht wurden und zu denen der Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie der Schutz der Gesundheit der Flüchtlinge zählten. Gleichzeitig richtete es längerfristige Programme ein, um die neuen Mitgliedstaaten beim Wiederaufbau ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen.

Der erste Leiter der WHO-Aktivitäten in diesen Ländern war Sir Donald Acheson aus dem Vereinigten Königreich. Ihm unterstand ein Netz von Büros in Bosnien und Herzegowina, Kroatien und der Bundesrepublik Jugoslawien (Serbien und Montenegro) sowie eine spezielle Außenstelle in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien. Von diesen Büros schwärmten Mitarbeiter des Regionalbüros aus in die gesamte Subregion, um unmittelbare Krisensituationen sowie den möglichen mittel- und langfristigen gesundheitlichen Bedarf der Bevölkerung vor Ort zu ermitteln, die ergriffenen Maßnahmen zu koordinieren und an ihrer Durchführung mitzuwirken. Diese

Arbeit bildete die Grundlage für das aktuelle Katastrophenschutzprogramm.

Vier Erkenntnisse

Das Regionalbüro gewann vier Erkenntnisse aus dieser Erfahrung:

1. Es muss stets sicherstellen, dass es als Handlungsgrundlage über genaue Informationen und Statistiken verfügt.
2. Es ist für die Koordinierung der Hilfe in Kriegsregionen zuständig und hilft, indem es ein Forum anbietet, in dem unterschiedliche Akteure zusammenarbeiten können.
3. Es muss die Instandsetzung und die Wiederherstellung von Gesundheitseinrichtungen vor Ort unterstützen.
4. Es muss bestehende Defizite der Gesundheitsschutzmaßnahmen anderer Organisationen erkennen und ausgleichen.

GESUNDHEIT21

1998 überarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“. Das Ergebnis war GESUNDHEIT21, das die enormen

Veränderungen berücksichtigte und widerspiegelte, die in der Region seit 1991 stattgefunden hatten. 21 Ziele wurden festgelegt, um die Fortschritte bei der Verbesserung, der Förderung und dem Schutz von Gesundheit sowie bei der Reduzierung von Risiken zu messen. Im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 wurde Gesundheit als eine Voraussetzung für Wohlergehen und Lebensqualität eingestuft: ein Maßstab zur Beurteilung der Fortschritte bei der Armutsbekämpfung, der Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und der Ausmerzung von Diskriminierung. Wichtig war zudem, dass im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 auch die Verknüpfung zwischen Gesundheit und nachhaltigem Wirtschaftswachstum berücksichtigt wurde.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends gab Dr. Asvall die Leitung des WHO-Regionalbüros für Europa ab und wurde vom Regionalkomitee zum Regionaldirektor i. R. erklärt. Er verließ eine Organisation, die sich drastisch von derjenigen unterschied, die er von seinem Vorgänger übernommen hatte. Die Region hatte fast zwei Dutzend neue Mitgliedstaaten, und das Regionalbüro hatte die Art der Zusammenarbeit mit den Ländern verändert. Es blieb jedoch noch viel zu tun.

© WHO





Dr. Marc Danzon: der fünfte Regionaldirektor (2000–2010)

„Die Bedeutung gut funktionierender Gesundheitssysteme für die Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit von Bevölkerungen ist eine jener offensichtlichen Tatsachen, die bisweilen lange brauchen, bis sie sich allen offenbaren. Seit 2005 hat sich die Stärkung der Gesundheitssysteme zu einer noch wichtigeren Priorität für das Büro entwickelt.“

Dr. Marc Danzon

Marc Danzon wurde 1947 in Toulouse in Frankreich geboren. Bis zuletzt war er sich nicht sicher, ob er Arzt oder Journalist werden sollte. Im Alter von 18 Jahren begann er dann doch ein Medizinstudium an der Université Paul Sabatier in seiner Heimatstadt. Er blieb dort die nächsten sieben Jahre, in denen er studierte und sich politisch engagierte (bei den Ereignissen von Mai 1968 und kurzzeitig in der Studentenvertretung). Zwei Jahre nach Abschluss seines Studiums trat er eine Stelle beim Comité français d'éducation pour la santé (Französischer Ausschuss für Gesundheitserziehung – Cfes) an, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Auftrag, Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung auszuarbeiten und durchzuführen. Parallel dazu begann er ein weiterführendes Studium und erwarb in der Folgezeit Abschlüsse in Präventivmedizin, Bevölkerungsgesundheit und Hygiene, in Gesundheitsökonomie und schließlich 1984 in Psychiatrie.

Im darauffolgenden Jahr bot der damalige WHO-Regionaldirektor für Europa Dr. Jo E. Asvall Dr. Danzon die Stelle als Leiter der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit an. Der Möglichkeit, seine lang gehegte Neigung zum Journalismus und seine medizinischen Qualifikationen miteinander zu verbinden, konnte er nicht widerstehen. Dr. Danzon zog nach Kopenhagen. Er blieb vier Jahre, bevor er 1989 zum Cfes zurückkehrte. Angeregt durch die riesigen Umwälzungen nach den politischen Veränderungen in der östlichen Hälfte der Region kam er 1992 als Direktor der neu geschaffenen Abteilung Gesundheitsentwicklung der Länder wieder zum Regionalbüro. Damit erhielt er die Verantwortung

für die Durchführung des EUROHEALTH-Programms. Später wurde er Leiter der neu geschaffenen Abteilung für öffentliche Gesundheit.

1997 ging Dr. Danzon erneut nach Frankreich zurück, diesmal, um die Leitung der Fédération nationale de la mutualité française (Landesverband der französischen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit) zu übernehmen, eines Verbands, der die Interessen nicht gewinnorientierter Versicherungsunternehmen vertritt. Parallel dazu bereitete er sich auf die Bewerbung für die Wahl zum WHO-Regionaldirektor für die Europäische Region vor. Er forderte ein gestrafftes Regionalbüro, das die Mitgliedstaaten besser unterstützen sollte. Mit diesem Konzept wurde er im September 1999 vom WHO-Regionalkomitee für Europa für das Amt des Regionaldirektors nominiert.

Unmittelbar nach seinem Amtsantritt im Februar 2000 machte sich Dr. Danzon an die Umsetzung seiner Vorstellung, das Regionalbüro zu einem besseren Partner für die Länder zu machen und zu diesem Zweck seine Dienstleistungen auf deren Bedürfnisse zuzuschneiden. Daraus wurde die so genannte Länderstrategie. Nach seiner Wiederwahl im Jahr 2004 wurde auf ihrer Grundlage die Arbeit des Regionalkomitees auf die Stärkung der Gesundheitssysteme ausgerichtet, und zwar angepasst an die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Länder.

Als scheidender Regionaldirektor übergibt Dr. Danzon ein leistungsfähiges und klar ausgerichtetes Regionalbüro, das sich auf die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten konzentriert und eng mit dem WHO-Hauptbüro sowie wichtigen internationalen Organisationen zusammenarbeitet.

„Das für den Stabilitätspakt zusammengestellte Programm ist für mich von besonderer Bedeutung. Es wird sogar immer eine der Errungenschaften in meinem Berufsleben bleiben, auf die ich wirklich stolz bin.“

Dr. Marc Danzon

Die Länder im Mittelpunkt: 2000–2010

Die Länderstrategie

Im September 2000 nahmen die Mitgliedstaaten ein Dokument an, welches das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Arbeit grundlegend veränderte. Die Länderstrategie des Regionalbüros: „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ war ein erster Schritt zur Etablierung eines neuen Ansatzes, der das Fundament neuer Beziehungen zu den Mitgliedstaaten wurde (deren Zahl sich jetzt auf 53 beläuft).

Die Länderstrategie übertrug dem Regionalbüro den neuen Auftrag: „die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, ihre eigene Gesundheitspolitik, ihr eigenes Gesundheitssystem und ihre eigenen Gesundheitsprogramme zu entwickeln, gesundheitliche Gefährdungen zu verhindern und zu überwinden, künftigen Herausforderungen vorausschauend zu begegnen und engagiert für die öffentliche Gesundheit einzutreten“. Er zielte darauf ab, das Regionalbüro zu einem Erbringer von Dienstleistungen zu machen, der den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Länder Rechnung trägt, indem er:

- die Merkmale und Umstände jedes Landes berücksichtigt,
- internationale Gesundheitspartnerschaften stärkt,
- die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa zu einem Bestandteil der globalen Länderstrategie der WHO macht und
- die lange Erfahrung des Regionalbüros optimal nutzt.

Der erste Schritt bei diesem Prozess bestand darin, die mittlerweile in 29 Ländern in der Region eingerichteten Länderbüros in die Lage zu versetzen, besser und unabhängiger zu arbeiten. Dies erforderte die Höherqualifizierung ihres Personals. Der Prozess trug dazu bei, die Länderbüros sowohl fachlich als auch gegenüber den Regierungen der Standortländer zu stärken. Er resultierte in einer drastischen Steigerung der Relevanz und der Effizienz der Länderbüros.

Der andere wesentliche Schritt zur Umsetzung der Länderstrategie bestand darin, den Stellenwert der zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) zu erhöhen, die das Regionalbüro mit Länderregierungen

abgeschlossen hat. In jeder BCA ist festgelegt, welche Probleme für das jeweilige Land oberste Priorität haben und welche Maßnahmen es gemeinsam mit dem Regionalbüro ergreifen wird, um ihnen entgegenzuwirken. BCA waren wichtig, um die Reputation des Regionalbüros in Bezug auf Transparenz, Rechenschaftslegung und Nachhaltigkeit zu festigen. Das Regionalbüro schloss anfangs BCA hauptsächlich mit Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region ab, hat aber später solche Vereinbarungen auch mit einigen westeuropäischen Ländern ausgehandelt. 2008 wurden drei der 33 BCA mit Ländern im westlichen Teil der Region abgeschlossen.

Die BCA haben die Länderbüros in die Lage versetzt, offener und mit einem klareren Mandat zu arbeiten, und sie haben die Effizienz gesteigert. Seit dem Jahr 2000 spiegeln sich in ihnen in einem stärkeren Maß die Prioritäten der Mitgliedstaaten wider. Sie haben auch zur Verbesserung der Beziehungen zwischen dem Regionalbüro und den Mitgliedstaaten beigetragen und es ihm ermöglicht, in der gesamten Region als glaubwürdiger Berater im Bereich der öffentlichen Gesundheit anerkannt zu werden.

Gesundheit und der Stabilitätspakt

Im Juni 1999 neigte sich bewaffneter Konflikt im Kosovo³ seinem Ende zu und in Köln wurde mit Unterstützung der Europäischen Union (EU), der Vereinigten Staaten von Amerika und der Gruppe der Acht (G8) der Stabilitätspakt für Südosteuropa ins Leben gerufen. 40 Länder sagten zu, die Länder Südosteuropas „bei ihren Bemühungen um die Förderung des Friedens, der Demokratie, der Achtung der Menschenrechte sowie des wirtschaftlichen Wohlstands zu stärken, um Stabilität in der gesamten Region zu erreichen“. Der Stabilitätspakt wurde offiziell auf einem Gipfel in Sarajewo in Bosnien und Herzegowina im Juni 1999 gebilligt. Anfang 2001 wurde Dr. Danzon auf einer Konferenz in Straßburg von Gabriella Battaini-Dracopoli, damals Leiterin der Direktion Soziales und Gesundheit des Europarats, angesprochen. „Ihre Energie und ihre Entschlossenheit

³ In Übereinstimmung mit Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrats.

beeindruckten mich sofort“, erinnerte sich Dr. Danzon. „Sie hielt es für einen Skandal, dass Gesundheit nicht Bestandteil des Programms des Stabilitätspakts war.“

Als Ergebnis dieses Gesprächs erklärte sich das WHO-Regionalbüro für Europa bereit, den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu überprüfen und eine hochrangige Konferenz zu organisieren, auf der ein grenzübergreifendes Gesundheitsnetzwerk in der Subregion geschaffen werden sollte. Das Regionalbüro berichtete im März 2001 über seine Vorschläge und gab gleichzeitig eine detaillierte Einschätzung des politischen Kontextes und der Probleme der südosteuropäischen Teilnehmerländer am Stabilitätspakt ab. Es empfahl die Piloterprobung einer neuen Länderstrategie in der Subregion mit dem Ziel, den Dialog und die Debatte zwischen Ländern zu unterstützen und anzuregen. Im Mai 2001 wurde ein gemeinsamer Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitssysteme mit elf Grundsätzen für die Zusammenarbeit vereinbart. Jedes Land verpflichtete sich zur Durchführung eines Projekts im Bereich der Gesundheitsversorgung und zu seiner Weiterentwicklung zugunsten der anderen Teilnehmerländer. Nach fast einem Jahrzehnt der Kämpfe zwischen einigen der Stabilitätspaktländer war dies ein wichtiges Symbol und ein gangbarer Weg für Fortschritte in der Subregion.

„Der Prozess war außerordentlich interessant und beruhte auf dem Gedanken, jedem Land die Verantwortung für ein Gesundheitsprojekt zu übertragen, welches es dann für alle weiterentwickeln sollte. Es erinnerte mich irgendwie an die Anfänge der Europäischen Union unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg, eine Organisation mit dem Ziel, Frieden durch gemeinsame wirtschaftliche und industrielle Interessen zu sichern – außer dass wir in unserem Fall gemeinsame Gesundheitsprojekte durchführten. Die Konferenz in Dubrovnik war wirklich ein ganz spezieller Moment.“

Dr. Marc Danzon

In der Folge kamen im September 2001 die Gesundheitsminister von Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Jugoslawien, Kroatien, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien und Rumänien in Kroatien zusammen, um die

„Verpflichtung von Dubrovnik: den Bedürfnissen besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen in Südosteuropa entsprechen“ zu unterzeichnen. Dr. Goran Cerkez vom Gesundheitsministerium für Bosnien und Herzegowina beschrieb die Vereinbarung als „einen sehr positiven Schritt im Reintegrationsprozess in der Region. Erstmals vereinbarten sieben Gesundheitsminister zusammenzuarbeiten und ein Projekt von gemeinsamem Interesse weiterzuentwickeln.“

Die Verpflichtung von Dubrovnik basierte auf drei Gesundheitszielen:

- der kostengünstigen Umstrukturierung von Gesundheitsdiensten, um den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsversorgung hoher Qualität zu gewährleisten,
- der Umstrukturierung und Stärkung der Aufgaben und der Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens und
- der Entwicklung fachlicher Kapazitäten im Gesundheitsbereich.

Sieben Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit zugunsten der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen wurden ausgearbeitet, und jeweils ein Land war bei ihrer Umsetzung federführend:

- Infektionskrankheiten, Stärkung ihrer Überwachung und Bekämpfung (Albanien);
- Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts durch die Entwicklung gemeindenaher Dienste für psychische Gesundheit (Bosnien und Herzegowina);
- Schaffung eines Informationsnetzwerks für Soziales und Gesundheit (Bulgarien);
- Schaffung von Kapazität zur Gewährleistung des chancengleichen Zugangs zu Gesundheitsversorgung hoher Qualität (Kroatien);
- Blutsicherheit (Rumänien);
- Notfallmedizin (ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien) sowie
- Nahrungsmittel und Ernährung (Jugoslawien).

Bis Januar 2002 war die Finanzierung von drei Gesundheitsprojekten – zu psychischer Gesundheit, übertragbaren Krankheiten sowie zu Nahrungsmitteln und Ernährung – gesichert, und sie waren angelaufen. Diese Zahl stieg bis Mitte 2005 auf sechs, und Projekte, für die noch keine Mittel verfügbar waren, wurden reorganisiert.

Die Verpflichtung von Dubrovnik sah auch die Einrichtung einer ständigen Organisation zur Koordinierung und Umsetzung der in der Verpflichtungen eingegangenen Zusagen sowie zur Evaluierung der Ergebnisse vor. Demgemäß wurde im Mai 2002 das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk mit Vertretern von acht südosteuropäischen Ländern, fünf benachbarten Geberländern und vier internationalen Organisationen gegründet.

Im November 2005 unterzeichneten die Gesundheitsminister von Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, der Republik Moldau, von Rumänien sowie von Serbien und Montenegro die Verpflichtung von Skopje, die zweite



Eröffnung eines neuen Psychiatriezentrums in Bosnien und Herzegowina, 2005

© WHO

politische Vereinbarung zur grenzübergreifenden Gesundheitsverbesserung in der Region. Darin wurde bekräftigt, dass mehr Investitionen in das Gesundheitswesen, verbunden mit größeren politischen und organisatorischen Anstrengungen, zu wirklichen gesundheitlichen Verbesserungen führen, zur Verringerung der Armut beitragen und das Wirtschaftswachstum anregen könnten. Die Signatarstaaten verpflichteten sich gemeinsam mit dem Europarat, der Entwicklungsbank des Europarats, dem WHO-Regionalbüro für Europa und dem Sekretariat des Stabilitätspakts auch dazu, die gesundheitliche Kluft zwischen Südosteuropa und der EU zu verkleinern.

Angesichts von Verbesserungen der politischen, sozialen und wirtschaftlichen Situation der Region wurde der Stabilitätspakt im Februar 2008 durch den Regionalen Kooperationsrat ersetzt. Dass dieser weniger von internationalen Organisationen als von den Ländern der Region vorangetrieben wurde, ist ein Beleg für die effiziente Unterstützung des unabhängigen wie wechselseitig bedingten Agierens von Staaten durch eine länderorientierte Strategie, die keineswegs zur Abhängigkeit von den Gebern führt.

2009 übernahmen die südosteuropäischen Länder den Prozess in ihre eigene Verantwortung. Das Sekretariat der Initiative wird in Skopje eingerichtet und es werden drei regionale Gesundheitsentwicklungszentren aufgebaut, die sich schwerpunktmäßig mit Organtransplantationen (Kroatien), Blutsicherheit (Rumänien) sowie Gesundheitssystemen und öffentlichen Gesundheitsdiensten (ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien) befassen. Der Prozess wird fortgesetzt, dabei ist dieses Ergebnis vielleicht schon das beste, was das WHO-Regionalbüro für Europa sich hat vorstellen können.

Psychiatriereform in Südosteuropa

Das Projekt zur Verbesserung des sozialen Zusammenhalts durch Stärkung der gemeindenahen Psychiatriedienste in Südosteuropa begann im Juni 2002. Mehr als sieben Jahre danach haben die beteiligten Länder Psychiatriegesetze verabschiedet und mit dem Übergang zu gemeindenaher Versorgung in der Form gemeindenaher Psychiatriezentren begonnen.

Mittlerweile erbringen zehn solcher Zentren in der gesamten Subregion Leistungen für über eine Million Patienten und bilden Psychiatriekräfte sowie Personal für die primäre Gesundheitsversorgung aus. Zu ihren Aufgaben zählen auch die Schärfung des Bewusstseins für das Thema in der Bevölkerung und Überzeugungsarbeit. Die teilnehmenden Länder scheinen nun in der Lage zu sein, das Pilotprogramm auf breiterer Ebene durchzuführen.

Gesundheitssicherheit und humanitäre Hilfe

Bei der traditionellen Reaktion auf Gesundheitskrisen wurde durch vertikale Fachunterstützung versucht, den konkreten Problemen bei jeder einzelnen Krise entgegenzuwirken. Bedauerlicherweise ist dies immer mit gravierenden Nachteilen einschließlich hoher Kosten und überlappender Aktivitäten verbunden gewesen. Das Regionalbüro kann heute unmittelbare Unterstützung für Mitgliedstaaten bei Krisen

leisten, verfolgt jedoch auch das Konzept, durch die kontinuierliche Stärkung von Gesundheitssystemen akuten Gesundheitskrisen entgegenzuwirken und präventiv die Gesundheitssicherheit zu gewährleisten.

Bedrohungen und Krisen machen es notwendig, dass Gesundheitssysteme über komplexe Präventions- und Katastrophenschutzstrategien verfügen. Diese wiederum erfordern eine gute Leitung und gutes Management, die Informationen als Grundlage für operative und strategische Entscheidungen

„Vor Mitte der 1980er Jahre wurde von der WHO nicht erwartet, in ‚Gesundheitskrisen‘ aktiv zu werden – jenen akuten von Menschen verursachten Notsituationen oder Naturkatastrophen wie Kriegen, Überschwemmungen, Erdbeben und Epidemien, von denen Länder in der gesamten Region betroffen sind. Es wäre auch gar nicht dafür ausgerüstet gewesen. Seitdem hat sich dieses Gebiet jedoch zu einem zentralen Aufgabenfeld der Organisation entwickelt. Das wurde insbesondere in den aufeinanderfolgenden Konflikten nach dem Zusammenbruch Jugoslawiens Anfang der 1990er Jahre deutlich. In der Praxis bedeutete dies einen wichtigen Schritt für die Entfaltung der Aktivitäten, die jetzt unter der Bezeichnung ‚humanitäre Hilfe‘ zusammengefasst werden. Das Büro hat damit ein neues Programm und ein neues Team sowie neue Qualifikationen und neue Erfahrungen erhalten. Politisch ist es für das Büro zunehmend wichtig geworden, bei Gesundheitskrisen Präsenz zu zeigen, um ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, zu informieren und bisweilen bei der Mittelbeschaffung zu helfen.“

Dr. Marc Danzon

verfügbar machen. Beispielsweise sterben weniger Menschen infolge von Erdbeben, wenn Krankenhäuser gut ausgestattet und vorbereitet sind, und ein Krankheitsausbruch wird rascher und wirksamer eingedämmt, wenn Bereitschaftspläne vorliegen und die Gesundheitssysteme über Verfahren zur Begrenzung der Ausbreitung verfügen.

Allerdings sind Organisation und Verwaltung der Gesundheitssysteme unterschiedlicher Länder nicht identisch. Es geht jedoch nicht darum, wie ein Gesundheitssystem aussehen sollte, sondern darum, was jedes Land tun kann, um sicherzustellen, dass sein System die verschiedenen Arten sowohl bekannter als auch bislang unbekannter akuter Gesundheitskrisen bewältigen kann.

Gesundheitskrisen: Fallbeispiele

Vogelgrippe in der Türkei

Anfang Januar 2006 informierte die Türkei das Regionalbüro über einen möglichen Ausbruch von Vogelgrippe im äußersten Osten des Landes. In einem Gebiet, in dem das Virus bei Hühnern gemeldet worden war, waren drei Kinder in ein Krankenhaus eingewiesen und positiv auf Influenza A/H5N1 getestet worden, nachdem sie mit Geflügel in Kontakt gewesen waren.

Die türkische Regierung ersuchte um die Unterstützung des Regionalbüros, das unverzüglich ein Untersuchungsteam unter der Führung des weltbekannten Experten Dr. Guénaél Rodier entsandte. Dr. Danzon traf einige Tage später vor Ort ein und wurde durch das Team sowie Regierungsvertreter über die Lage informiert. Zu den wichtigsten Aufgaben des Regionalbüros in der Türkei zählte, die Massenmedien auf dem Laufenden zu halten und der Bevölkerung zu versichern, dass kein Anlass zur Panik bestand. Man hoffte, auf diese Weise Forderungen nach unnötigen Maßnahmen wie Reiseverboten unterbinden zu können. Dank der exzellenten Arbeit der türkischen Regierung und des WHO-Teams in enger Kooperation mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), UNICEF, der FAO und der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) wurde die Epidemie erfolgreich eingedämmt.

„Dieser Fall war wichtig, weil er illustrierte, wie das WHO-Regionalbüro für Europa einer kooperativen nationalen Regierung helfen kann, eine potenziell folgenschwere Situation zu bewältigen, und wie wir nutzbringend nationale Behörden beraten können, ohne unser Mandat zu überschreiten.“

**Dr. Luigi Migliorini, Leiter,
WHO-Länderbüro, Türkei, 2006**

Presse-
konferenz in
der Türkei



Kältewelle in Tadschikistan

Im Winter 2007/08 herrschte in Tadschikistan ungewöhnlich kaltes Wetter mit Temperaturen von 15 °C bei Tag und 25 °C bei Nacht. Da Tadschikistan eines der ärmsten Länder in der Europäischen Region ist, führte dies beinahe zum Zusammenbruch des Gesundheitssystems gerade zu einem Zeitpunkt, als es nicht nur wegen der Kältewelle, sondern auch wegen der Folgen von Stromausfällen, Problemen mit der Wasserversorgung, höheren Fallzahlen von Verbrennungen durch Heizgeräte und einer Zunahme der Fälle von Infektionskrankheiten mehr als je zuvor gebraucht wurde.

Das Regionalbüro rief nachdrücklich zu großzügiger Hilfe auf, um die kollabierenden Gesundheitsdienste während des kalten Wetters zu stützen, ihre Instandsetzung langfristig fortzuführen und die Wiederkehr einer ähnlichen Situation zu verhindern. Daraufhin stellte die internationale Gemeinschaft 1,4 Millionen US-Dollar zur Deckung des dringendsten Gesundheitsbedarfs bereit.

Bleivergiftung im Kosovo⁴

1999 richtete das Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen nahe Mitrovica im Kosovo Auffanglager für Binnenvertriebene ein. Wenngleich sie ursprünglich als Übergangslösung gedacht waren, wurden sie noch Ende 2004 von Binnenvertriebenen genutzt, die zu den Volksgruppen der Roma, Ashkali und Ägypter zählten. Unglücklicherweise befanden sich die Lager in der Nähe hoch belasteter Abraumhalden von Bleimineralen, die im Jahr 2000 von der Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo (UNMIK) geschlossen worden waren. Dies hatte dramatische Folgen für die Lagerbewohner und insbesondere für die Kinder. Eine WHO-Risikoanalyse ergab, dass 100 der 160 Kinder aufgrund schwerer akuter und chronischer Bleivergiftung als medizinische Notfälle einzustufen waren. Die einzige Lösung bestand darin, die Lagerbewohner so bald wie möglich umzusiedeln, bevor weitere Gesundheitsschäden eintraten.

⁴ In Übereinstimmung mit Resolution 1244 (1999) des Sicherheitsrats.



In einem tadschikischen Krankenhaus

Auf der Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2005 forderte das Regionalbüro Sofortmaßnahmen und die finanzielle Unterstützung der Mitgliedstaaten für die UNMIK bei der Umsiedlung. Internationale Organisationen, die serbische Regierung und andere Länder boten ihre Hilfe an und die Mehrzahl der Binnenvertriebenen wurde bis März 2006 aus dem

kontaminierten Gebiet in ein ehemaliges französisches Feldlager und später in ihre früheren Wohngebiete in Süd-Mitrovica umgesiedelt.

Die ausgezeichneten Beziehungen des Regionalbüros zum serbischen Gesundheitsminister, Professor Tomica Milosavljević, erleichterten

„Nach Jahren der engen Zusammenarbeit mit Tadschikistan kannte ich das Land gut und wir beschlossen, unmittelbar auf das Ersuchen unseres Büros vor Ort zu reagieren und das Land aus vier Gründen zu besuchen: (1) um dazu beizutragen, bekannt zu machen, dass das Land Geld benötigte; (2) um diesen Hilfsappell in den Kontext eines Langzeitprogramms für Verbesserungen des Gesundheitssystems einzubetten; (3) um die Zusammenarbeit zwischen der WHO und Tadschikistan zu überprüfen und den unbestreitbaren Bedarf an Gesundheitsreformen zu erörtern, den die Kältewelle sichtbar gemacht hatte; und (4) um uns selbst ein Bild von den Auswirkungen der Kälte auf die Bevölkerung zu machen. Was wir nach unserer Ankunft zu sehen bekamen, war schockierend: leidende Kinder in Krankenhausbetten mit schrecklichen Verbrennungen und daneben hilflose Eltern; Gesundheitszentren und Krankenhäuser, in denen sich Patienten Betten teilten, weil nur bestimmte Bereiche geheizt wurden; ärztliche Untersuchungen in Räumen, die nur durch Kerzen erleuchtet waren.“

Dr. Marc Danzon

diese Bemühungen beträchtlich. Ein weiteres Ergebnis dieser erfolgreichen Initiative bestand darin, dass gemeinsam mit dem serbischen Gesundheitsministerium ein Langzeitprogramm zur Unterstützung der Roma-Bevölkerung in der Europäischen Region ausgearbeitet wurde.

Massenimpfung in der Ukraine

Auf energisches Drängen des Kinderhilfswerks UNICEF und des Regionalbüros organisierte die ukrainische Regierung für das Frühjahr 2008 eine Massenimpfkampagne gegen Masern und Röteln. Der von der WHO präqualifizierte Impfstoff, der dabei verwendet werden sollte, wurde nach einer offenen, gründlichen und transparenten Ausschreibung ausgewählt und der Lieferauftrag an ein indisches Unternehmen vergeben. Dann begannen die Probleme.

Unmittelbar bevor die Kampagne zur Impfung aller 15- bis 29-Jährigen richtig anlaufen sollte, starb ein 15-jähriger Junge, nachdem er mit dem Vakzin geimpft worden war. Sein Tod wurde sofort auf den Impfstoff zurückgeführt und Politiker sowie die Medien begannen die Lage für sich zu instrumentalisieren. Unter enormem Druck entschied das ukrainische Gesundheitsministerium, die Kampagne auszusetzen, obwohl es keinen Beweis dafür gab, dass der Impfstoff tatsächlich fehlerhaft war.

Der Regionaldirektor traf eine Woche nach Eintreten der Krise mit WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan und dem ukrainischen Gesundheitsminister zusammen. Sie vereinbarten, dass das WHO-Regionalbüro für Europa Dr. Danzon in die Ukraine entsenden würde, um die Regierung bei ihren Bemühungen zu unterstützen, die Presse und die Bevölkerung in der Ukraine zu beschwichtigen. Dr. Danzon und die UNICEF-Regionaldirektorin für Mittel- und Osteuropa, Maria Calivis, reisten eine Woche später in das Land. Nach Beratungen mit der ukrainischen Regierung gaben beide gemeinsam eine Pressekonferenz. Sie teilten mit, dass der Impfstoff nicht für den Tod des Jungen verantwortlich war, und forderten die Fortsetzung der Impfkampagne.

Leider wurde die Kampagne jedoch nicht wieder aufgenommen, was zur Folge haben wird, dass das Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln in der Region bis 2010 nicht erreicht werden wird.

„Es ist wirklich bedauerlich, dass wir unsere Zielvorgaben bis 2010 nicht erreichen werden, und der Vorfall in der Ukraine führt uns noch einmal vor Augen, dass die Arbeit der WHO ebenso sehr politische wie medizinische Aspekte hat. Das eine darf nicht zu Lasten des anderen vergessen werden. Die besten Resultate werden erzielt, wenn der fachliche/politische Dialog klar und respektvoll geführt wird und auf beiden Seiten ein wirklicher Wille vorhanden ist, die aus gesundheitlicher Sicht besten Ergebnisse zu erzielen.“

Dr. Marc Danzon

Gesundheitssysteme und Programme für öffentliche Gesundheit

Ein gutes Gesundheitssystem sollte nicht ein Luxusgut wohlhabender Länder sein, sondern eine Grundvoraussetzung für das Gedeihen aller Länder. Die WHO definiert die sechs Bausteine eines guten Gesundheitssystems wie folgt:

- Gesundheitsdienste, die wirksame und sichere Versorgung hoher Qualität mit minimaler Ressourcenvergeudung für diejenigen leisten, die sie benötigen;
- Kollegen wie Patienten gegenüber angemessener, fairer und effizienter Einsatz von Gesundheitspersonal;
- ein Gesundheitsinformationssystem, das die Erzeugung, Analyse, Verbreitung und Nutzung zuverlässiger und zeitnaher Daten und Informationen hoher Qualität garantiert;
- chancengleicher Zugang zu unentbehrlichen Medizinprodukten, Impfstoffen und Technologie gesicherter Qualität, Wirkungsweise und Kostenwirksamkeit;
- gute Gesundheitsfinanzierung sowohl innerhalb des Systems als auch für die Nutzer und
- gute Führung und Governance, die neben anderen Zielen wirksame Aufsicht, geeignete Vorschriften und Anreize sowie Rechenschaftslegung gewährleisten.

Das Regionalbüro hat diese sechs Bausteine durch auf die Länder ausgerichtete Konzepte ergänzt und auf diese Weise versucht zu gewährleisten, dass seine Unterstützung auf das Gesundheitssystem jedes Mitgliedstaats zugeschnitten wird.

Den besten Beweis für erzielte Fortschritte lieferte die im Juni 2008 in Tallinn in Estland veranstaltete Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“. An der Konferenz nahmen die WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan, die EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou, der Exekutivdirektor des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Professor Michel Kazatchkine, sowie Gesundheitsministerinnen und -minister aus der gesamten Region teil. Sie bot eine Plattform für die Erörterung brisanter und häufig politisch befrachteter Themen wie des chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung, transparenter Gesundheitsfinanzierung und Rechenschaftslegung für öffentliche Gesundheitsausgaben. Mitgliedstaaten und aktive Interessengruppen profitierten auch von den ausführlichen Konsultationen, die zur Vorbereitung der Konferenz in der gesamten Region durchgeführt worden waren und auf denen Informationen und Erfahrungen gesammelt und ausgetauscht wurden.

Die Konferenz resultierte in der Annahme der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit

und Wohlstand durch alle 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region. Sie belegt das nachdrückliche Engagement der Mitgliedstaaten zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerung durch die Stärkung ihrer Gesundheitssysteme. Dies soll durch mehr Transparenz und Rechenschaftslegung der Länder erreicht werden, was eine bessere Beurteilung der Erfolge und Misserfolge politischer Maßnahmen ermöglicht.

„Unter der Führung des Regionaldirektors Marc Danzon hat sich die Europäische Region wesentlich nachdrücklicher und kohärenter der öffentlichen Gesundheit gewidmet und dabei insbesondere auch den Brückenschlag zwischen Ost und West zu einem Schwerpunkt gemacht. Aufgrund seiner Überzeugungsarbeit und seines persönlichen Engagements im Zusammenhang mit der Konferenz von Tallinn wurde deutlich, dass in der Europäischen Region und überhaupt in der Welt auf Krankheiten nicht wirksam reagiert werden kann, ohne gleichzeitig die Gesundheitssysteme zu stützen, indem man die Labore stärkt, Gesundheitspersonal ausbildet und die Länder in die Lage versetzt, Überwachungs- und Beobachtungssysteme einzurichten, die unentbehrlich sind, um auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit angemessen reagieren zu können.“

**Professor Michel Kazatchkine,
Exekutivdirektor, Globaler Fonds zur
Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und
Malaria**

Unterzeich-
nung der
Charta von
Tallinn durch
den Regional-
direktor und
die estnische
Sozial-
ministerin
Maret
Maripuu



© WHO/Isy Vromans



© WHO/Erik Peinar

„Was wirklich zählt – unabhängig vom Erfolg der Konferenz –, ist wie immer das, was danach passiert: Kann Tallinn zu positiven Veränderungen in den Mitgliedstaaten beitragen? Es ist ermutigend, wenn die Konferenz als Teil eines langfristigen Prozesses genutzt wird, der Modernisierungswerkzeuge hervorbringt sowie zu mehr Effizienz und größeren Kapazitäten der Gesundheitssysteme führt. Und natürlich geht jeder Prozess in den Mitgliedstaaten mit Verpflichtungen für das Regionalbüro einher, beispielsweise Fachwissen, relevante Informationen hoher Qualität und ein Forum für den Informationsaustausch zwischen Mitgliedstaaten bereitzustellen.“

Dr. Nata Menabde, Stellvertretende Regionaldirektorin, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009

Meilensteine: konferenzen der Europäischen region der WHO

Das WHO-Regionalbüro für Europa organisiert Ministerkonferenzen auf Ersuchen von Mitgliedstaaten. Ein Land kann ein Thema vorschlagen und die anderen Mitgliedstaaten stimmen darüber ab, ob es im Rahmen einer Konferenz behandelt werden soll. Solche Konferenzen führen im Allgemeinen dazu, dass die Mitgliedstaaten sich zu gemeinsamen Aktivitäten bezüglich des jeweiligen Themas verpflichten. Die anderen, neben der Ministerkonferenz zu Gesundheitssystemen von 2008, in den letzten zehn Jahren organisierten großen Tagungen und Konferenzen vermitteln einen Eindruck von einigen der Anliegen der Mitgliedstaaten in dieser Zeit.

- Die Ministerkonferenz über Jugend und Alkohol (Stockholm, Schweden, Februar 2001) forderte die Mitgliedstaaten zur Entwicklung von Handlungskonzepten als Teil einer breiteren gesellschaftlichen Reaktion auf den Umgang junger Menschen mit Alkohol auf.
 - Die Ministerkonferenz für ein tabakfreies Europa (Warschau, Polen, Februar 2002) stärkte das koordinierte Vorgehen gegen Tabak in der Europäischen Region.
 - Die 4. Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Ungarn, Juni 2004) nahm den Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region an, der den Ländern helfen sollte, gesündere Lebensumfelder für Kinder zu schaffen.
 - Die Ministerkonferenz Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (Helsinki, Finnland, Januar 2005) nahm eine Erklärung und einen Aktionsplan an, welche die konzeptionelle Arbeit auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO vorangetrieben haben.
 - Die Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas (Istanbul, Türkei, November 2006) nahm eine Charta an, die wirksame Maßnahmen gegen die Epidemie der Adipositas in der Region benennt.
 - Das Ministerforum „Alle gegen Tuberkulose“ (Berlin, Deutschland, Oktober 2007) nahm eine Erklärung, welche die Länder zu raschen Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von Tb einschließlich ihrer durch den Menschen verursachten multiresistenten und extensiv resistenten Stämmen verpflichtet, insbesondere in den vorrangigen Ländern in der Region.
-

Poliofreiheit der Europäischen Region der WHO

„Während meiner Amtszeit hatte ich die große Ehre, die Europäische Region für poliofrei zu erklären. Für jemand, der sich daran erinnern kann, wie negativ sich diese Krankheit auf die Welt um mich herum auswirkte, als ich jung war, und wie viel Angst ich vor ihr hatte, war es ein sehr emotionaler Moment, als ich am 21. Juni 2002 in Kopenhagen in Anwesenheit von Vertretern aller 53 Mitgliedstaaten die Europäische Region für poliofrei erklären konnte.“

Dr. Marc Danzon

1988 startete die WHO gemeinsam mit Rotary International, den Centers for Disease Control and Prevention in den Vereinigten Staaten und UNICEF den Versuch, die Welt poliofrei zu machen. Die Partner verfolgten dieses Ziel in der Europäischen Region und der Östlichen Mittelmeerregion der WHO durch aufeinanderfolgende gezielte Impfungen unter der Bezeichnung MECACAR-Kampagne (nach den ausgewählten geografischen Gebieten im östlichen Mittelmeerraum, im Kaukasus und in den

zentralasiatischen Republiken) in 18 Ländern und Regionen, in denen die Poliomyelitis endemisch war.

Zwischen 1995 und 1998 erhielten jedes Jahr mehr als 60 Millionen Kinder unter fünf Jahren zwei zusätzliche Dosen Polioimpfstoff. In den Ländern mit dem höchsten Risiko wurden die Impfkampagnen fortgeführt, bis die Europäische Region 2002 poliofrei erklärt werden konnte.

Das in der Europäischen Region verfolgte Modell aufeinander abgestimmter nationaler Impfkampagnen hat seitdem Anerkennung als Vorbild für die globale Eradikation gefunden. Unter der neuen Bezeichnung MECACAR: New Millennium konzentriert sich das Projekt auf die Unterbrechung der Übertragungskette des Poliovirus in Endemieländern, auf die Eliminierung von Masern sowie die Stärkung der Überwachungs- und Impfsysteme.

Internationale Partnerschaften

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat, wie im Vorhergehenden ausgeführt, Zeit und Energie

Polioimpfung
in der Türkei



aufgewendet, um engere Beziehungen zu einer Reihe von Partnern zu entwickeln – insbesondere zur EU, aber auch zur Weltbank, zum Europarat und zu anderen Organisationen der Vereinten Nationen. Das Ziel ist eine besser koordinierte und effizientere Arbeit in den Ländern.

Die Beziehung des Regionalbüros zur EU und vor allem zur Europäischen Kommission hätte man früher einmal als „anregende Konkurrenz“ beschreiben können. Sie ist jedoch immer enger geworden. Während der 1900er Jahre bemühten sich die Partner, ihre Aktivitäten besser zu koordinieren und einander besser zu ergänzen. Das Regionalbüro

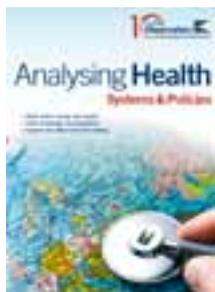
hat diesen Prozess nachdrücklich vorangetrieben. Beispielsweise hat die Partnerschaft mit der Europäischen Kommission unterschiedlichste Formen angenommen. Dazu zählt sowohl die enge Zusammenarbeit beim Stabilitätspakt für Südosteuropa als auch eine zunehmende Rolle für das Regionalbüro in der Agenda für den Gesundheitsbereich von Ländern, die sich darauf vorbereiten, die EU-Präsidentschaft zu übernehmen.

Innerhalb der Vereinten Nationen war UNICEF der engste Partner des Regionalbüros bei Aufgaben wie den Anstrengungen zur Eradikation von Masern und Röteln. Zu den anderen regelmäßigen

„Ich bin überzeugt – und ich hoffe, diese Überzeugung wird von den Mitgliedstaaten und unseren Partnern geteilt –, dass wir in den letzten zehn Jahren beachtliche Fortschritte gemacht haben. Dies ist für mich außerordentlich wichtig. Angesichts knapper Gesundheitsressourcen – und unter den aktuellen Umständen werden wir alle mit Budgetkürzungen leben müssen – ist es unsere Pflicht, uns um starke und effiziente Partnerschaften zu bemühen, damit nicht ein Cent vergeudet wird.“

Dr. Marc Danzon

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik



Das 1998 eingerichtete Observatorium ist ein Leuchtturmprojekt der Europäischen Region der WHO und eine einzigartige Partnerschaft zur Überwindung der Kluft zwischen der Theorie und der Realität von Gesundheitssystemen. Zu den Partnern zählen das WHO-Regionalbüro für Europa, führende internationale Organisationen (wie die Europäische Kommission, die Weltbank und die Europäische Investitionsbank), nationale und regionale Regierungen (einschließlich derjenigen von Belgien, Finnland, Frankreich, Schweden, Spanien und der Region Veneto in Italien) sowie wissenschaftliche Institutionen (wie die London School of Economics und die London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Das Observatorium hilft Regierungen in der gesamten Region bei der Ausarbeitung evidenzbasierter Gesundheitskonzepte durch Überwachung auf der Länderebene, Gesundheitssystem- und Politikanalysen sowie die Weitergabe von Evidenz.

Partnern zählen das Gemeinsame HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP). Bei Vogelgrippe und Influenzapandemie H1N1/2009 arbeitet das Regionalbüro auch mit der FAO zusammen. Ferner hat es die Kooperation mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria intensiviert: Es hilft Mitgliedstaaten bei der Unterbreitung von Projektvorschlägen, verhandelt mit dem Fonds und fungiert als Garant für die Projektdurchführung.

Im Regionalbüro

Auf Leitungsebene wurde beschlossen, die Struktur des Regionalbüros zu stärken, zu verbessern und zu festigen, damit sie die veränderte Ausrichtung des Büros besser widerspiegelt und unterstützt sowie es ermöglicht, den Mitgliedstaaten optimale Dienste anzubieten. Dies hieß, eine andere Vorstellung von der Organisation zu entwickeln, sie umzuorganisieren und sie zu erneuern. Drei der daraus resultierenden Veränderungen werden hier beschrieben.

Die Neuausrichtung des Büros auf Dienstleistungen, die auf die Bedürfnisse der Länder zugeschnitten sind, führte zur Notwendigkeit einer neuen Struktur, welche die unterschiedlichen Aufgaben seiner Programme reflektiert. Dementsprechend wurde das Büro auf der Grundlage von vier Aufgaben – Fachaufgaben, Aufgaben für die Länder, Kommunikation und Verwaltung – neu organisiert und Programme mit ähnlichen Aufgaben wurden unter einem Dach zusammengefasst.

Um aus dem Büro eine lernende Organisation zu machen, wurde mehr Gewicht auf die Personalentwicklung und die Weiterbildung der Bediensteten gelegt.

Die 2001 begonnene WOW-Initiative (Way of Working) sollte den Bediensteten helfen, in einem Entwicklungsprozess zu wirksamerer Zusammenarbeit, zu transparenterem Informations- und Wissensaustausch sowie zu gemeinsamen Lösungen für verbreitete Probleme zu finden. WOW brachte Methoden hervor, mit denen Probleme und Defizite erkannt, erörtert und analysiert sowie dem Regionaldirektor und anderem Führungspersonal vermittelt werden konnten. Der

Mitarbeiter-
schulung
heute



WOW-Lenkungsausschuss wurde im Mai 2006 nach Schaffung der Initiative für Organisationsentwicklung aufgelöst. Der Geist lebt jedoch in der geänderten heutigen Arbeitsweise des Büros fort.

Vielleicht kann es als Maßstab für das Vertrauen der Mitgliedstaaten in das Regionalbüro genommen werden, dass seine Ressourcen zwischen 1999 und 2009 beträchtlich gestiegen sind. In diesem Zeitraum erhöhte sich die Zahl der Bediensteten von 509 auf 609 und das Haushaltsvolumen stieg von 124 auf 280 Millionen US-Dollar (oder um 225%).

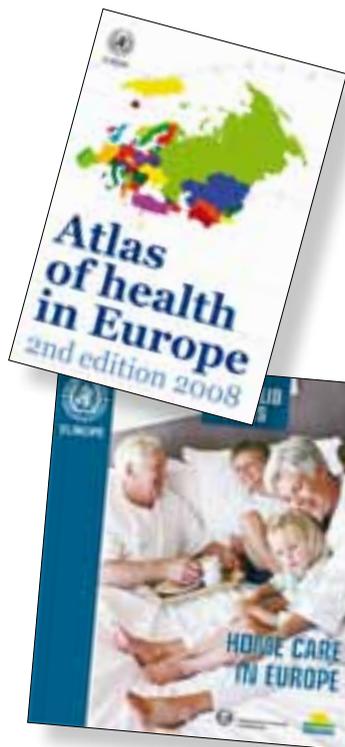
Evidenzbasierte Arbeit und Informationen als Handlungsgrundlage

Vertrauenswürdige evidenzbasierte Informationen sind ein wichtiger Bestandteil der Länderstrategie und das Regionalbüro hat wesentliche Fortschritte darin erzielt, sie für diejenigen verfügbar zu machen, die sie benötigen. Beispielsweise bieten die Datenbank „Gesundheit für alle“, das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und das Health Evidence Network (HEN) hervorragende Daten und Informationen für Gesundheitspolitiker und Fachkräfte aller Art.

Das Büro hat eine neue Informationspolitik ausgearbeitet, um seine Außenwahrnehmung und seine Zugänglichkeit zu verbessern. Letzten Endes müssen Informationen und Daten nicht nur erzeugt werden, sondern auch die Personen erreichen, die sie benötigen. Erstaunlicherweise hat dies zur Folge gehabt, dass die Zahl der Veröffentlichungen gesunken ist, und zwar um mehr als die Hälfte zwischen 2002 und 2006. Im Gegenzug hat die Qualität der einzelnen Veröffentlichungen zugenommen. Eine Umfrage ergab, dass 90% unserer Leser jetzt mit den Veröffentlichungen des Büros zufrieden oder sehr zufrieden sind. Mehrere Bücher des Regionalbüros wurden in den letzten Jahren mit Preisen ausgezeichnet.

Gleichzeitig hat das Regionalbüro seine Internet-Präsenz erfolgreich ausgeweitet. Seine Website (<http://www.euro.who.int>) wird mittlerweile etwa 10 000-mal täglich aufgerufen. Diese Zahl verdreifachte sich nach dem Eintreten der Influenzapandemie H1N1/2009.

Das vielleicht beste Beispiel für den Erfolg dieser Kommunikationsstrategie war die durchweg positive Berichterstattung über die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Juni 2008 in wichtigen Medien aus den Bereichen Gesundheit und Medizin.



Bestseller, 2009

Website des Regionalbüros



Schlusswort

Seit Februar 2000 habe ich ein Büro mit 600 Mitarbeitern geführt, von denen 400 in Kopenhagen arbeiten, während die anderen das Büro in Mitgliedstaaten vertreten oder in Fachzentren in der gesamten Region tätig sind.

Es sind diese Menschen, das Personal des Regionalbüros, die seine eigentliche Arbeit leisten – meine Aufgabe war es lediglich, Orientierung und Unterstützung zu geben. Nach fast einem Jahrzehnt in diesem Amt möchte ich allen danken, mit denen ich zusammengearbeitet habe und die mir geholfen haben, das WHO-Regionalbüro für Europa zu einer wirklichen Organisation des 21. Jahrhunderts zu machen.

Es ist noch viel zu tun, aber ich gebe die Zügel an meine Nachfolgerin in dem sicheren Wissen weiter, dass sie sich um mehr als 600 Menschen kümmern wird, die entschlossen sind, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, damit das WHO-Regionalbüro für Europa nie aufhört, immer besser zu werden.

Marc Danzon

WHO-Regionaldirektor für Europa

Informationsquellen

Diese Veröffentlichung stützt sich auf eine Reihe von Quellen einschließlich der nachstehenden. Insbesondere hinsichtlich der Aktivitäten in den letzten zehn Jahren bietet die Website des Regionalbüros (<http://www.euro.who.int>) wesentlich detailliertere Informationen zu den erörterten Themen. Im Folgenden sind nur einige der wichtigen elektronischen Ressourcen aufgeführt.

1949–2000

Charter against Tobacco, 1988. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_9, eingesehen am 1. Oktober 2009).

Declaration of Alma-Ata, 1978. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1, eingesehen am 1. Oktober 2009).

GESUNDHEIT21 – das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6); http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Kaprio L. *Forty years of WHO in Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40).

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009)

Report of the Regional Director, July 1968 to June 1969. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1969 (Document EUR/RC/19/2).

Targets for health for all. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.

Time, 14. April 1947.

World Health Assembly resolution WHA30.43. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Volume II: 1978–1984.* Geneva, World Health Organization, 1985:1.

Ziele zur „Gesundheit für alle“: Die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1993 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 4).

2000–2010

Aktion Gesundheitsentwicklung für Südosteuropa (SEE) [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/stabilitypact?language=German>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2004–2005: Zweijahresbericht des Regionaldirektors. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060817_1?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2006–2007: Zweijahresbericht des Regionaldirektors. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080731_1?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Europäische Anti-Tabak-Strategie. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (<http://www.euro.who.int/Document/E77976G.pdf>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Förderung von Gesundheitssicherheit: Antwort des Gesundheitssektors auf die Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (Dokument EUR/RC56/9 Rev. 1; <http://www.euro.who.int/document/rc56/gdoc09rev1.pdf>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Grundsaterklärungen [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Länderinformation [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/countryinformation?language=German>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Pandemie H1N1 2009 [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1?language=German>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Sachstandsbericht über die Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa seit dem Jahr 2000. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (EUR/RC53/10 + EUR/RC53/Conf. Doc./5; <http://www.euro.who.int/document/rc53/gdoc10.pdf>, eingesehen am 13. Dezember 2009).

Vorbereitung zahlt sich aus: Lehren aus dem Vogelgrippeausbruch in der Türkei. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060810_1?language=German, eingesehen am 13. Dezember 2009).

WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/fctc/en>, accessed 1 November 2009). [Amtliche Übersetzung der Bundesrepublik Deutschland: *Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs.* (Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahenübereinkommen) im Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 36 vom 29.11.2004, Seite 1538 (Link zum Inhaltsverzeichnis: http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL, eingesehen am 22. Dezember 2009).

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien	Luxemburg
Andorra	Malta
Armenien	Monaco
Aserbajdschan	Montenegro
Belarus	Niederlande
Belgien	Norwegen
Bosnien und Herzegowina	Österreich
Bulgarien	Polen
Dänemark	Portugal
Deutschland	Republik Moldau
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Rumänien
Estland	Russische Föderation
Finnland	San Marino
Frankreich	Schweden
Georgien	Schweiz
Griechenland	Serbien
Irland	Slowakei
Island	Slowenien
Israel	Spanien
Italien	Tadschikistan
Kasachstan	Tschechische Republik
Kirgisistan	Türkei
Kroatien	Turkmenistan
Lettland	Ukraine
Litauen	Ungarn
	Usbekistan
	Vereinigtes Königreich
	Zypern

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8

DK-2100 Kopenhagen Ø

Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17

Fax: +45 39 17 18 18

E-Mail: postmaster@euro.who.int

Website: www.euro.who.int



9 789289 034173

