



**Weltgesundheitsorganisation**

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Regionalkomitee für Europa**

EUR/RC69/12 Rev.2

69. Tagung

**Kopenhagen, 16.–19. September 2019**

12. September 2019

190402

Punkt 5 e) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

## **Die Länder im Mittelpunkt der Europäischen Region der WHO**

Dieser Bericht soll einen Überblick darüber geben, wie das WHO-Regionalbüro für Europa die länderspezifische Ausgestaltung der Arbeit in der Europäischen Region der WHO allmählich vorantreibt. Er befasst sich primär mit den wichtigsten Veränderungen und dem daraus resultierenden Mehrwert, geht aber auch auf die Herausforderungen und Chancen für die WHO bei ihrer Tätigkeit auf der Länderebene ein, wie von den Mitgliedstaaten auf der 68. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa gewünscht. Weiterhin gibt das Dokument auch einen Zukunftsausblick und verdeutlicht, wie die Entwicklung und Umsetzung von „Gesundheit 2020“ der Europäischen Region eine gute Ausgangsposition für die Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und des Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO 2019–2023 verschafft haben. In der Zwischenzeit bemüht sich das Regionalbüro weiter, sein Geschäftsmodell derart anzupassen, dass auf allen drei Ebenen der Organisation eine enge Abstimmung erreicht wird, um so mehr Flexibilität zu erhalten und eine möglichst große Wirkung auf der Länderebene zu erzielen.

## Inhalt

Einführung.....	3
Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden .....	5
Länder im Mittelpunkt .....	7
Beitrag zur Länderarbeit auf Ebene der Region .....	9
Mobilisierung und Entwicklung von Synergieeffekten zwischen den Ländern auf subregionaler Ebene.....	10
Gewährleistung eines größeren Mehrwerts auf nationaler Ebene .....	16
Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ohne WHO-Länderbüro .....	19
Gestaltung der künftigen Arbeit des Regionalbüros mit den Mitgliedstaaten .....	21
GPW 13 und der Umgestaltungsprozess im Regionalbüro .....	21
Feinabstimmung des Geschäftsmodells der WHO auf die Europäische Region.....	21
Abstimmung der in der Europäischen Region zum Einsatz kommenden Instrumente .....	23
Programmhaushalt 2020–2021 .....	25
Mittelbeschaffung und -zuweisung.....	25
Die Auswirkungen der Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen auf Länderebene .....	26
Fazit.....	28

## Einführung

1. Nach der Gründung der WHO im Jahr 1948 wurde 1952 das WHO-Regionalbüro für Europa eingerichtet. Damals hatte die WHO nur in der Türkei ein Repräsentanzbüro, da die Rolle der Organisation primär darin bestand, Normen, Standards und Leitlinien zu entwickeln, Publikationen zu erstellen und über einige wenige, überwiegend vertikal strukturierte Programme mit den Ländern zusammenzuarbeiten. 1985 einigten sich die damals 32 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region auf ihre erste gemeinsame gesundheitspolitische Strategie, „Gesundheit für alle“. Infolge der politischen und wirtschaftlichen Umwälzungen in den mittel- und osteuropäischen Ländern und der Entstehung der Neuen Unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion wuchs die Zahl der Mitgliedsstaaten in der Europäischen Region auf 53 an.
2. Die Situation im mittleren und östlichen Teil der Region hatte ernste Auswirkungen auf die sozialen Determinanten von Gesundheit in den betroffenen Ländern und führte zu einer Auflösung des sozialen Gefüges, hoher Arbeitslosigkeit, einem jähen Abfall der Kaufkraft, Engpässen bei Impfstoffen, Arzneimitteln und anderen Konsumgütern sowie zu einer Veränderung der Lebensgewohnheiten, insbesondere in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum und die Ernährung. Infolgedessen erhöhte sich in der Europäischen Region die Inzidenz übertragbarer und nichtübertragbarer Krankheiten, was wiederum eine Erhöhung von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zur Folge hatte.
3. Das Regionalbüro erkannte die Notwendigkeit eines schnellen Handelns zur Bewältigung dieser Herausforderungen und rief nach der Genehmigung durch das WHO-Regionalkomitee für Europa im Jahr 1990 das „Eurohealth-Programm für die verstärkte Zusammenarbeit mit Mittel- und Osteuropa und den Neuen Unabhängigen Staaten“ ins Leben. Dieses Programm trug entscheidend dazu bei, Maßnahmen für diesen Teil der Region zu entwickeln bzw. auszuweiten; etwa zwei Drittel der Arbeit des Regionalbüros zielte auf diese Länder ab. Das Programm stellte somit das erste länderspezifische Programm dar.
4. Um die Umsetzung dieses Programms zu erleichtern, wurde beim Regionalbüro eine Abteilung für Gesundheit in den Ländern eingerichtet. Die einzelnen Länder wurden jeweils einem Referat zugeordnet, das aus einem Referenten im Höheren Dienst und einer Reihe von Sachbearbeitern bestand. In den Ländern Mittel- und Osteuropas wurde jeweils ein mit einem nationalen Referenten und einem Sachbearbeiter besetztes Verbindungsbüro eingerichtet, um einen engeren Kontakt zwischen den Ländern sowie mit dem Regionalbüro zu gewährleisten.
5. Trotz stark eingeschränkter Haushaltsmittel wurde viel erreicht, wie die Auswertung des Eurohealth-Programms ergab, und die Ergebnisse der fachlichen Arbeit des Regionalbüros wurden über die durch das Eurohealth-Programm geschaffene Infrastruktur an die Zielländer übermittelt. Diese Infrastruktur wurde in den folgenden Jahrzehnten zum Eckpfeiler zahlreicher anderer länderspezifischer Programme. Das Regionalbüro stärkte seinen länderübergreifenden Arbeitsansatz und unterstützte die Mitgliedsstaaten auf fachlicher Ebene, u. a. in Grundsatzfragen. Außerdem führte es die Überwachung von Gesundheitstrends ein und war vielen Ländern dabei behilflich, die Ergebnisse der Normsetzungsarbeit der Organisation in nationale Konzepte, Pläne und Leitlinien umzusetzen.
6. Nach 2000 führte das Regionalbüro eine neue Strategie mit dem Titel „Die Dienste den Anforderungen anpassen“ ein. Diese Strategie wurde von den Prioritäten der Länder geprägt, was eine Bereitstellung umfangreicherer Ressourcen auf der Länderebene erforderlich machte und eine erhebliche Dezentralisierung in fachlicher wie auch administrativer Hinsicht zur Folge hatte.

Die Länderbüros wurden gestärkt und erhielten Unterstützung von einem „Helpdesk für Länderarbeit“, der im Büro des WHO-Regionaldirektors für Europa angesiedelt war. Während sich das Hauptaugenmerk auf die Länder richtete, die die meiste Unterstützung benötigten, wurde generell die Zusammenarbeit mit den Ländern durch die Fachprogramme beim Regionalbüro und in seinen ausgelagerten Fachzentren sowie über die etablierten Netzwerke und die länderübergreifenden Programme fortgesetzt. Die 2001 eingeführten Zukunftsforen sollten einen neutralen Rahmen schaffen, in dem hochrangige Entscheidungsträger Erfahrungen mit der Inangriffnahme konkreter politischer Themen austauschen und mögliche Lösungen für neue Herausforderungen für das öffentliche Gesundheitswesen entwickeln konnten.

7. Bis dato konnten in zahlreichen Mitgliedstaaten in der Region erhebliche Fortschritte erzielt werden. Die Europäische Region ist weiterhin die flächenmäßig größte und eine der vielfältigsten und dynamischsten Regionen der WHO. Mit einer Gesamtbevölkerung von fast 910 Mio. Menschen, die sich in Bezug auf ihre Volkswirtschaften und politischen Systeme, die Kultur und den allgemeinen Gesundheitsstatus oftmals stark voneinander unterscheiden, herrscht immer noch ein hoher Handlungsbedarf. Leider hatte die im Jahr 2008 einsetzende Wirtschaftskrise eine Zunahme von Arbeitslosigkeit und Armut zur Folge, was sich auch stark auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkte. Darüber hinaus spielten auch die Folgen der Globalisierung, des Klimawandels, der Bevölkerungsalterung sowie der zivilen Unruhen und kriegerischen Auseinandersetzungen innerhalb der Europäischen Region und an ihren Grenzen eine gewichtige Rolle. Immer noch ist es dringend notwendig, die große gesundheitliche Kluft zwischen sozialen Schichten, die gesundheitlichen Herausforderungen anfälliger Bevölkerungsgruppen sowie die Unterschiede zwischen wie auch innerhalb von Ländern in Bezug auf die gesundheitliche Gesamtsituation in Angriff zu nehmen.

8. Seit 2008 hat die Arbeit des Regionalbüros in vielen Ländern in der Europäischen Region Früchte getragen. Gesundheitstrends, die beim Regionalbüro aufmerksam beobachtet werden, deuten klar darauf hin, dass sich die gesundheitliche Situation insgesamt verbessert hat, wenn auch nicht so schnell, wie dies möglich oder wünschenswert wäre. Inzwischen hat ein politischer und wirtschaftlicher Aufstieg bestimmter Mitgliedstaaten stattgefunden, sodass jetzt mehr Länder auf eigenen Füßen stehen und manche von ihnen sogar in der Lage sind, andere Länder in der Region zu unterstützen. Gleichzeitig hat die Zunahme hochgradig kompetenter Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen sowie öffentlicher Gesundheitsdienste eine Erweiterung des verfügbaren Sachverstands bewirkt, die der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region zugute kommt.

9. Zu Beginn ihrer Amtszeit im Jahr 2010 verkündete die neu gewählte Regionaldirektorin für Europa, Dr. Zsuzsanna Jakab, ihre sieben strategischen Handlungsprioritäten bei der 60. Tagung des Regionalkomitees (RC60) im Dokument EUR/RC60/8. Diese waren: 1. die Ausarbeitung einer neuen Europäischen Gesundheitspolitik in Form eines kohärenten Rahmenkonzeptes; 2. eine bessere Organisationsführung in der Europäischen Region und beim Regionalbüro; 3. ein weiterer Ausbau der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten; 4. eine Zusammenarbeit in strategischen Partnerschaften für Gesundheit und die Schaffung von mehr Politikkohärenz; 5. eine Stärkung des Beitrags der Europäischen Region zur globalen Gesundheitspolitik; 6. eine größere Breitenwirkung durch eine neue Informations- und Kommunikationsstrategie; 7. ein Ausbau des Regionalbüros zu einer Organisation mit einem positiven Arbeitsumfeld und nachhaltiger Finanzierung.

10. Darauf folgten umgehend eine Reihe von Maßnahmen, die einer weiteren Stärkung der Arbeit des Regionalbüros auf der Länderebene dienten. Ferner wurden Innovationen eingeführt,

namentlich die direkte Beteiligung der leitenden Organe an den Beratungen innerhalb des Regionalbüros über seine Länderstrategie und die allmähliche Umwandlung der Länderbüros von Verbindungsbüros unter der Leitung von national angeworbenen Kräften zu Büros unter der Leitung von international angeworbenen Repräsentanten. Andere relevante Veränderungen waren die Zusammenstellung von Daten und die Beobachtung von Trends sowie die Förderung von Evidenz und Forschung für die Politikgestaltung. Alle operativen Verbesserungen, die im Laufe der Jahre durchgeführt wurden, zielten auf die Besonderheiten der Europäischen Region und vor allem der jeweiligen Länder ab, waren aber auch stark auf die auf der globalen Ebene vorgeschlagenen Veränderungen ausgerichtet. Die wichtigste dieser Initiativen war die Ausarbeitung und Umsetzung des Rahmenkonzepts der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“.

11. Mit der Einsetzung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter im Jahr 2010 wurde der vom RC60 vorgebrachten Forderung entsprochen, ein neues Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden auszuarbeiten. Das Forum ermöglichte strategische Diskussionen und bot dem Regionalbüro eine gute Gelegenheit, mit den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region die konzeptionelle Entwicklung voranzutreiben und an der Umsetzung wirksamer Maßnahmen für die gesamte Region zu arbeiten. Ein Evaluationsbericht über die Tätigkeit des Forums wurde auf dem RC62 präsentiert, nachdem der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa die Ansicht vertreten hatte, dass die Ziele des Forums mit der Annahme von „Gesundheit 2020“ erreicht seien. Der Ständige Ausschuss war der Meinung, dass das Forum wieder zusammentreten solle, falls Bedarf für umfassende Konsultationen bestehe.

## **Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden**

12. Die dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ zugrunde liegenden Werte sind auch in der Satzung der WHO verankert: das Streben nach einem erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit als einem Menschenrecht. „Gesundheit 2020“ war vorwärtsgewandt und in seinem Denkansatz so fortschrittlich, dass es auch heute noch ein Instrument für die Mitarbeiter des Regionalbüros wie auch die Mitgliedstaaten ist, das nicht nur für Gesundheitsfragen, sondern auch im Hinblick auf die Umsetzung der übergeordneten Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung relevant ist. So ist es auch heute noch von wesentlicher Bedeutung für die Umsetzung des Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramms 2019–2023 (GPW 13).

13. In „Gesundheit 2020“ werden die vielfältigen Verknüpfungen zwischen Akteuren, Maßnahmen und Herausforderungen auf lokaler, nationaler, regionsweiter und globaler Ebene anerkannt, und es wird ein einheitliches, ergebnisorientiertes, regionsweites Vorgehen im Gesundheitsbereich empfohlen. Durch seine beiden strategischen Ziele<sup>1</sup> und die vier vorrangigen Handlungsfelder<sup>2</sup> ermöglicht das Rahmenkonzept einen klaren Überblick über Optionen und

---

<sup>1</sup> Die strategischen Ziele des Rahmenkonzepts lauten: a) Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Kluft, sowie b) bessere Führungsarbeit und mehr partizipatorische Politikgestaltung für die Gesundheit.

<sup>2</sup> Die vorrangigen Handlungsfelder sind: a) Investitionen in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Bürger; b) Bekämpfung der großen Krankheitslast der Europäischen Region aufgrund nichtübertragbarer und übertragbarer Krankheiten; c) Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen und von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten, einschließlich Vorsorge- und Gegenmaßnahmen für Notlagen; und d) Schaffung stützender Umfeldler und widerstandsfähiger Gemeinschaften.

Kompromisse in Bezug auf Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte. Das Rahmenkonzept beinhaltet auch eine Erläuterung der entscheidenden Bedeutung der neuen Modalitäten der Politikgestaltung für mehr Gesundheit (durch einen gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz) sowie den Appell, bei der Ermittlung von Lösungen für die Verbesserung der Gesundheitssituation und der Gesundheitssysteme in den Ländern alle maßgeblichen Akteure einzubeziehen. Ferner wird die zentrale Rolle des Gesundheitswesens unterstrichen, nicht nur in Bezug auf den Zugang zu einer patientenorientierten Versorgung und zu effektiven Angeboten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sondern auch durch die Übernahme einer Führungsrolle und den Aufbau von Kapazitäten in der Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Ressorts und Akteuren.

14. Die Umsetzung eines derart breit angelegten Rahmenkonzepts machte grundlegende Änderungen an der Art der fachlichen Hilfe des Regionalbüros für die Mitgliedstaaten und eine Maximierung der Wirkung seiner Tätigkeit in den Ländern erforderlich. Schon bald nach der Annahme von „Gesundheit 2020“ wurden die Mitarbeiter gebeten, darüber nachzudenken, inwiefern sie mit ihrer Arbeit konkret zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ beitragen könnten. Dies führte zur Schaffung neuer Arbeitsweisen, zur Überwindung der Isolation einzelner Bereiche, zur Förderung einer starken Kohärenz auf allen Ebenen und in allen Programmen der Organisation, zur klaren Anpassung an die Kernprinzipien und -werte von „Gesundheit 2020“ sowie zur Schaffung einer starken Kultur getreu dem Ansatz „eine WHO“, wodurch sich die WHO als führende Organisation für öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region wie auch darüber hinaus neu positionierte.

15. Mit einem Mitarbeiterstab, der in vollständigem Einklang mit dem neuen Rahmenkonzept der Europäischen Region arbeitet, konnte das Regionalbüro den politischen Entscheidungsträgern Wege aufzeigen, wie sich die gegenwärtigen sozialen, demografischen, epidemiologischen und finanziellen Herausforderungen effektiv und effizient bewältigen lassen. Dies erfolgte hauptsächlich durch eine neue Prioritätensetzung, die Mobilisierung von Maßnahmen in anderen Ressorts und die Verfolgung neuer Ansätze zur Organisation des Gesundheitswesens gemeinsam mit anderen maßgeblichen Akteuren. Mit dem Ziel, die größtmögliche Anzahl an politischen Entscheidungsträgern auf sämtlichen Ebenen der Politiksteuerung in der Europäischen Region zu erreichen, wurde beschlossen, in sämtlichen Mitgliedstaaten eine Präsenz der Organisation einzurichten – nicht nur in den Ländern mit einem Länderbüro.

16. Dementsprechend arbeitete das Regionalbüro mit umfassenden Netzwerken nationaler Ansprechpersonen sowie Netzwerken thematischer Ansprechpartner für jeden der Hauptarbeitsbereiche von „Gesundheit 2020“. Dadurch wurde die solide Arbeit der Länderbüros ergänzt, in denen die Mitarbeiter mit zahlreichen Partnern auf Länderebene sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens kooperierten, insbesondere im Hinblick darauf, wie man gemeinsam bessere und chancengleichere Gesundheit und entsprechendes Wohlbefinden erreichen kann, indem man dafür sorgt, dass auf gesamtgesellschaftlicher und gesamtstaatlicher Ebene Verantwortung für das Thema Gesundheit übernommen wird – alles zentrale Prinzipien des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“.

17. Darüber hinaus stärkte das Regionalbüro die bestehenden politischen und fachlichen Netzwerke, die sich als kostenwirksame Maßnahmen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten gemäß eines „länderübergreifenden“ Modells<sup>3</sup> herausstellten, während sie gleichzeitig das

---

<sup>3</sup> Länderübergreifendes Modell – Eine Arbeitsweise, die gemeinsame Bedürfnisse von Ländern durch regionsweite Ansätze in Angriff nimmt.

kollegiale Lernen unter Fachleuten und den Austausch über vorbildliche Praktiken ermöglichten und somit einen positiven Kreislauf zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ schafften. Zu diesen Netzwerken gehörten u. a. das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) und die neu geschaffene Initiative kleiner Länder sowie Netzwerke für gesundheitsförderliche Umfelder wie das Netzwerk Regionen für Gesundheit (RHN) und das Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO. Diese Elemente halfen der WHO dabei, sich stärker auf ihre Arbeit in den Ländern zu konzentrieren und diese effektiver zu gestalten, eng mit Partnerorganisationen zusammenzuarbeiten, Grundsatzdialoge zu führen, strategische Unterstützung und fachliche Hilfe zu bieten sowie die Leistungserbringung zu koordinieren, und bei all dem den jeweiligen Kontext in den einzelnen Ländern zu berücksichtigen.

18. Durch das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ wurden ein gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansatz, der Lebensverlaufansatz sowie partizipatorische Ansätze umfassend gefördert. Diese sind mittlerweile gängige Arbeitsmodalitäten in den Ländern der Europäischen Region. Im Laufe der Jahre diente „Gesundheit 2020“ kontinuierlich als Katalysator für mehr politische Entschlossenheit, die Politiksteuerung für mehr Gesundheit zu stärken, niemanden zurückzulassen, auf soliden Mechanismen für ressortübergreifende Maßnahmen zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden aufzubauen und diese zu stärken und zur Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung beizutragen.

19. Darüber hinaus fördern die mit dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ verfolgten Ansätze die Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Auf der Grundlage von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, erarbeitete das Regionalbüro einen Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Zu den in diesem Fahrplan vorgeschlagenen Prioritäten des Regionalbüros zählen die Umsetzung von Agenda 2030 und „Gesundheit 2020“ im Rahmen seiner eigenen Arbeit und mit einzelnen Ländern, die fachliche Unterstützung der Länder, die Abstimmung mit Organisationen der Vereinten Nationen, die Stärkung der Partnerschaften und Initiativen auf regionaler und subregionaler Ebene sowie evidenzgeleitete Beobachtung und Berichterstattung.

## **Länder im Mittelpunkt**

20. Auf Grundlage der Erfahrungen der Vergangenheit und der Arbeit der vergangenen Jahrzehnte hatte das Regionalbüro bis 2012 eine Reihe von Veränderungen eingeführt, um der Arbeit mit den Ländern und Maßnahmen zu ihrer Unterstützung mehr Gewicht zu verleihen und nicht allein in den Ländern tätig zu werden. Infolgedessen entstand die Notwendigkeit, die Kapazitäten innerhalb der Mitgliedstaaten zu berücksichtigen, um eine effektivere Mobilisierung der Ressourcen und einen effektiveren Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Alle Länder wurden dazu ermutigt, ihren Beitrag zu diesem gemeinschaftlichen Unterfangen zwischen ihnen und dem Regionalbüro zu leisten und so die Gesundheit in der Europäischen Region zu verbessern und gesundheitliche Ungleichgewichte abzubauen.

---

Multilaterales Modell – Eine Arbeitsweise, die zum Einsatz kommt, wenn ein Output innerhalb eines Resultats für eine begrenzte Anzahl von Ländern relevant ist.

Länderspezifisches Modell – Eine Arbeitsweise, mit der Outputs angestrebt werden, die sehr spezifisch auf die Bedürfnisse und Umstände einzelner Länder zugeschnitten sind.

21. Auf Ebene der Region wurde die Arbeit des Regionalbüros zunehmend transparent und nachvollziehbar gestaltet, insbesondere durch die aktive Einbindung der Mitgliedstaaten in die leitenden Organe der Organisation, die weiterhin die Outputs der WHO prägen. Auf Grundlage der Empfehlungen aus den Mitgliedstaaten im Rahmen der Tagungen der leitenden Organe wurden die Verfahren des Regionalkomitees überprüft, relevante Prozesse überarbeitet und ein geographisch repräsentativerer Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees eingerichtet. Zu Beginn der Amtszeit der Regionaldirektorin im Jahr 2010 wurden Diskussionen vorangetrieben und einer Fülle von Handlungskonzepten und Strategien Vorrang eingeräumt, die es zu überprüfen galt, um so eine klare Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros gewährleisten zu können. Zahlreiche ältere Resolutionen wurden außer Kraft gesetzt, während andere erörtert und im Rahmen der Tagungen der leitenden Organe angenommen wurden, um die Wirkung der Arbeit des Regionalbüros auf Länderebene weiter zu erhöhen.

22. Die Entwicklung neuer Handlungskonzepte erfolgt mit Unterstützung vieler verschiedener Wissensquellen. Hierzu zählen: i) die Analyse der jüngsten Resolutionen und Vereinbarungen des Regionalkomitees; ii) die Datenbank „Gesundheit für alle“ und andere Datenbanken sowie die im Rahmen der Fachprogramme beim Regionalbüro, bei den ausgelagerten Fachzentren und bei den Länderbüros gesammelten Länderinformationen; iii) Informationen aus multilateralen Netzwerken und Netzwerken für gesundheitsförderliche Umfelder sowie den WHO-Kooperationszentren und beteiligten Forschungseinrichtungen; und iv) in den Ländern selbst vorgenommene Analysen.

23. Im September 2012 wurde dem RC62 eine vorläufige Länderstrategie vorgeschlagen mit dem Ziel, den Plan des Regionalbüros zur Stärkung der länderspezifischen Ausrichtung klar zu skizzieren, vor allem durch die optimale Nutzung seiner knappen Ressourcen und der komparativen Vorteile der WHO. Es wurden neue Arbeitsweisen geprüft und den Mitgliedstaaten vorgestellt, was zur Annahme der Resolution EUR/RC62/R7 führte, in der die Erwartungen der Länder gegenüber dem Regionalbüro hervorgehoben wurden.

24. Zu den weiteren Hauptfaktoren für einen effektiveren Länderansatz zählte eine klar umrissene regionsweite Kommunikationsstrategie (in Form eines internen Leitfadens), die zur weiteren Stärkung und Verbesserung der Kommunikationspraktiken beitrug und klare Leitlinien für die Anwendung neuer Technologien sowohl durch das Regionalbüro als auch auf Länderebene enthielt. Zu den weiteren Innovationen gehörten die Verwendung von sozialen Medien und die Einführung einer verbesserten internen Kommunikation. Seit der Ausarbeitung der regionsweiten Kommunikationsstrategie im Jahr 2012 orientiert sich sämtliche Kommunikation an klaren Standardverfahren und Leitlinien.

25. „Gesundheit 2020“ wurde zur treibenden Kraft für die Arbeit des Regionalbüros und bot eine klare Richtung für die Arbeit sowohl auf Ebene der Region als auch der Länder. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Sicherstellung, dass alle Länder in der gesamten Region bei Bedarf die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Darüber hinaus unterstrich das Rahmenkonzept die entscheidende Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden als Triebkräfte für die sozioökonomische Entwicklung und den bestehenden Handlungsbedarf im Hinblick auf den Abbau der gesundheitlichen Defizite.



## **Beitrag zur Länderarbeit auf Ebene der Region**

26. Da sich die Arbeit des Regionalbüros mittlerweile vielfältiger gestaltet als im traditionellen länderübergreifenden Modell vorgesehen und eher einen multilateralen und länderspezifischen Ansatz fördert, hat das Regionalbüro die strategische Ausrichtung seiner Arbeit sowohl auf Ebene der Region als auch auf Länderebene gemäß den von der Regionaldirektorin zu Beginn ihrer Amtszeit verkündeten Zielen festgelegt. Die Arbeit auf Länderebene war immer in hohem Maße von den Kapazitäten und Kenntnissen der Mitarbeiter im Regionalbüro abhängig (ggf. unterstützt durch das WHO-Hauptbüro). Daher waren die Schulung der Mitarbeiter und der Kapazitätsaufbau von entscheidender Bedeutung. Schließlich wurde diese Arbeit auf einen zusätzlichen Kapazitätsaufbau in den Mitgliedstaaten ausgeweitet.

27. Länderübergreifendes Lernen wurde zum Modus Operandi des Regionalbüros und spielte zunehmend eine fördernde Rolle in den Mitgliedstaaten, indem es die Verwendung vorhandener Ressourcen in einem Land begünstigte, um andere Länder bei der Bewältigung vorrangiger Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens zu unterstützen. Dies hat dazu geführt, dass Netzwerke wie die Gesunden Städte, das RHN und gesundheitsfördernde Schulen zunehmend an Bedeutung gewannen. Solche auf das Umfeld abzielenden Netzwerke arbeiteten bereits in wichtigen Themenbereichen zusammen, etwa dem Verfassen von Berichten zur Gesundheitslage, der Entwicklung von Konzepten zur Bewältigung der sozialen Determinanten von gesundheitlicher Ungleichheit und dem Aufbau von Kapazitäten für die Gesundheitsfolgenabschätzung und deren Umsetzung. Mit Hilfe des Regionalbüros wurde jedoch eine weitere Verbreitung und ein weiterer Austausch von Wissen unter den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ermöglicht.

28. Der direkte Kontakt und die direkte Zusammenarbeit mit den Ländern nahmen eine neue Form an, als das Regionalbüro begann, neu ernannte Gesundheitsminister ins Regionalbüro in Kopenhagen einzuladen, damit diese mehr über die Arbeit der WHO erfahren konnten. Umgehend nach dem Amtsantritt der Regionaldirektorin empfing das Regionalbüro im Durchschnitt einen Minister pro Monat. Diese Besuche bieten den Ministern Gelegenheit, einen Tag im Regionalbüro zu verbringen, die Regionaldirektorin sowie Fachpersonal zu treffen, mit ihnen die gesundheitspolitischen Themen ihres Landes zu besprechen und unmittelbar mit den entsprechenden Fachprogrammen sicherzustellen, dass es einen klaren Aktionsplan gibt.

29. Um die Weiterverfolgung und eine Zusammenarbeit mit den Ländern gemäß der Resolution EUR/RC62/R7 zu gewährleisten, wurde ein Netzwerk nationaler Ansprechpersonen eingerichtet und dieses mit einem eindeutigen Mandat ausgestattet. Diese nationalen Ansprechpersonen werden in jedem der 53 Mitgliedstaaten vom jeweiligen Gesundheitsminister ernannt und agieren als zentrale Anlaufstelle für jegliche Korrespondenz oder Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro betreffend dessen Aktivitäten mit und in dem jeweiligen Land. Dieses Netzwerk wurde durch die Einrichtung eines Netzwerks nationaler fachlicher Ansprechpersonen für zwölf wichtige Krankheits-/Programmbereiche zugunsten eines gezielteren und besser organisierten Ansatzes für die fachlichen Erfordernisse der Länder weiter gestärkt.

30. Die fachliche Unterstützung der Länder in der Region erfolgt soweit wie möglich durch das Fachpersonal, hauptsächlich übernehmen jedoch die Programmleiter in den Fachabteilungen des Regionalbüros diese Aufgabe. Die vier ausgelagerten Fachzentren (mit Sitz in: Almaty, Kasachstan; Bonn, Deutschland; Moskau, Russische Föderation; und Venedig, Italien) und das Büro in Barcelona (Spanien), die weiterhin einen wichtigen Bestandteil der Fachabteilungen im

Regionalbüro bilden, werden von ihren jeweiligen Abteilungen im Regionalbüro oft gebeten, fachliche Unterstützung auf Länderebene zu leisten, obwohl ihre primäre Aufgabe eigentlich in der Forschung und der Bereitstellung von Erkenntnissen und Informationen für die Politikgestaltung besteht.<sup>4</sup> Auf Wunsch des Regionalbüros bietet auch das WHO-Hauptbüro Unterstützung an, und auch externe Berater, die zuvor mit den Prioritäten, Prinzipien und Werten der WHO vertraut gemacht wurden oder Teil einer offiziellen Expertenliste der jeweiligen Fachabteilung sind, können zu diesem Zweck herangezogen werden.

31. Ein Referat für Strategische Beziehungen mit den Ländern ersetzte den früheren „Helpdesk“ im Büro des Regionaldirektors, um so eine bessere strategische Ausrichtung gewährleisten zu können. Dieses Referat kümmert sich um die enge Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen im Regionalbüro und den Ländern (ob mit oder ohne Länderpräsenz). Es ist verantwortlich für die von unten nach oben verlaufende Planung und die Ausarbeitung von zweijährigen Kooperationsvereinbarungen. Das Team war an der Einführung von Länder-Kooperationsstrategien in den Ländern beteiligt, die um solche Strategien gebeten hatten, und hat in jüngerer Zeit die Verantwortung für die Zusammenarbeit mit allen 53 Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung von Plänen zur Unterstützung der Länder übernommen. Darüber hinaus trägt das Referat Informationen über die Länder zusammen, gewährleistet die zeitnahe Unterstützung durch Fachprogramme auf Anfrage der Länder, stellt den Ländern bei Bedarf regelmäßig Informationen bereit (durch die Länderbüros und nationalen Ansprechpersonen) und erarbeitet Leitlinien und Standardverfahren, die sowohl für das Regionalbüro als auch auf Länderebene gelten.

32. Die Kooperationszentren der WHO sind führende nationale Einrichtungen in den Bereichen Wissenschaft, Forschung und Gesundheit. Sie übernehmen Aktivitäten zur Unterstützung der WHO-Programme auf allen Ebenen der Organisation und gewährleisten die wissenschaftliche Gültigkeit ihrer Arbeit. Die Zentren selbst profitieren davon, Teil dieses globalen Netzwerks zu sein, indem sie größere Sichtbarkeit und Anerkennung durch nationale Behörden erlangen und mehr öffentliche Aufmerksamkeit für die von ihnen behandelten Gesundheitsthemen gewinnen. Darüber hinaus haben sie auf diese Weise bessere Möglichkeiten zum Austausch von Informationen und zur Entwicklung fachlicher Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wie etwa Lehranstalten und Instituten für das öffentliche Gesundheitswesen sowie Universitäten. Die Kooperationszentren der WHO wurden im Hinblick auf ihre Aktivitäten und ihren Beitrag zur Arbeit der WHO überprüft, um sicherzustellen, dass die für die Programme in der Europäischen Region relevanten Aktivitäten und Beiträge auch weiterhin die von den entsprechenden Programmen bereitgestellte Forschung, Weitergabe von Wissen und Fortbildung in für die Europäische Region besonders relevanten Themenbereichen ergänzen.

### ***Mobilisierung und Entwicklung von Synergieeffekten zwischen den Ländern auf subregionaler Ebene***

33. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) machen die größte Gruppe der Länder aus, mit denen das Regionalbüro nach dem multilateralen Modell zusammenarbeitet. Die Arbeit mit den Mitgliedstaaten der EU berücksichtigt deren Beziehung zur Europäischen Kommission und ihren Institutionen und wird durch das Büro der WHO in Brüssel koordiniert. Die

---

<sup>4</sup> Ein weiteres ausgelagertes Fachzentrum für gesundheitliche Notlagen wird derzeit gemeinsam mit der türkischen Regierung in Istanbul eingerichtet.

Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedstaaten umfasst die Teilnahme des Regionaldirektors am zweijährigen informellen Treffen der EU-Gesundheitsminister (das jeweils von dem Land organisiert wird, welches die EU-Ratspräsidentschaft innehat), die Teilnahme der obersten Leitungsebene an gemeinsamen Veranstaltungen und Konferenzen (die jeweils von dem Land, welches die EU-Ratspräsidentschaft innehat, oder von der Europäischen Kommission organisiert werden), regelmäßige Informationsveranstaltungen sowie informelle Treffen mit den in Brüssel ansässigen Gesundheitsattachés der EU-Mitgliedstaaten.

34. Darüber hinaus gibt es eine aktive Kooperation zwischen der WHO und den einzelnen Generaldirektionen der Europäischen Kommission in Bezug auf die vorrangigen Themenfelder. Beim RC60, der im Jahr 2010 in Moskau abgehalten wurde, legten das Regionalbüro und die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz eine gemeinsame Erklärung vor, die auf eine Intensivierung von Grundsatzdialogen und fachlicher Zusammenarbeit abzielte. Im Rahmen regelmäßiger Tagungen unter Beteiligung hochrangiger Beamter, einschließlich solchen aus verschiedenen Generaldirektionen der EU, werden gemeinsame Zusagen weiterverfolgt, insbesondere jene mit einem Schwerpunkt auf Politikkohärenz und einer gemeinsamen Unterstützung der Mitgliedstaaten. Zudem bietet die enge Zusammenarbeit mit anderen Dienststellen der EU wie dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, der Europäischen Umweltagentur, der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht Gelegenheit zur Kooperation bei der fachlichen Unterstützung der Länder, während gleichzeitig soweit wie möglich Doppelarbeit vermieden wird (auch in Bezug auf die Berichterstattung).

35. Darüber hinaus arbeitet die WHO eng mit dem Europäischen Parlament zusammen, insbesondere mit dem Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. In diesem Zusammenhang gibt sie Input im Rahmen von Anhörungen und beteiligt sich an Podiumsdiskussionen, um sich für die Umsetzung der WHO-Resolutionen und Handlungskonzepte einzusetzen. Abschließend hat sich im Hinblick auf die Einleitung einer verstärkten Zusammenarbeit mit Städten und Regionen in den EU-Mitgliedstaaten eine Vereinbarung mit dem Ausschuss der Regionen als erfolgreich erwiesen. Diese Art der Zusammenarbeit ist für die Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) von entscheidender Bedeutung.

36. Eine weitere subregionale Gruppierung ist die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS).<sup>5</sup> Die GUS ist eine regionale Organisation, die im Rahmen der Auflösung der Sowjetunion im Jahr 1991 gegründet wurde. Diese Ländergruppe verfügt über umfassende Erfahrungen und es war wichtig, von diesen Gebrauch zu machen. Zum einen bestand die Notwendigkeit, den großen Reichtum an Forschung, Information und Fallstudien in dieser Subregion zu fördern. Die Übersetzung der russischsprachigen Dokumentation in andere Sprachen sowie deren Verbreitung war von entscheidender Bedeutung, um eine gegenseitige Bereicherung mit anderen subregionalen Gruppen und die Übermittlung von Informationen an diese Gruppen gewährleisten zu können. Zum anderen bestand die Notwendigkeit, für einen Kapazitätsaufbau in der Subregion in Bereichen wie der globalen Gesundheitsdiplomatie sowie in Bezug auf Querschnittsthemen und grenzüberschreitende Merkmale von Gesundheit,

---

<sup>5</sup> Die GUS besteht aus neun Mitgliedern (Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Kasachstan, Kirgisistan, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan und Usbekistan) sowie einem beigeordneten Mitglied (Turkmenistan). Georgien kündigte seine Mitgliedschaft im Jahr 2008 auf. Die Ukraine, die ebenfalls beigeordnetes Mitglied war, beendete ihre Beteiligung an den satzungsmäßigen Gremien der GUS im Mai 2018.

Migration und anderen Bereichen zu sorgen, in denen Integrationsmechanismen sich positiv auf die Gesundheit auswirken können.

37. Die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit Institutionen der GUS auf zwischenstaatlicher Ebene erfolgt unter der Leitung des Rats für gesundheitspolitische Zusammenarbeit der GUS, der vorrangige Handlungsfelder für die internationale Zusammenarbeit festlegt. Im Jahr 2002 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Regionalbüro und dem Rat unterzeichnet, die auf die Verbesserung und weitere Integration der Bemühungen der GUS-Staaten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Förderung gemeinsamer Gesundheitsprogramme mit der WHO abzielte. Bis vor kurzem war das Regionalbüro eher unregelmäßig an der Arbeit des Rates beteiligt. Auf den Tagungen des Rates in den Jahren 2016 und 2017 in Kasachstan bzw. Kirgisistan leistete das Regionalbüro jedoch beachtenswerte Beiträge. Die Bereitschaft des Rates zur weiteren Abstimmung seiner Arbeit mit der internationalen Agenda für Gesundheit, die es ihm ermöglichte, wertvolle Beiträge zur Gesundheitsdiplomatie und Politiksteuerung in der Europäischen Region zu leisten, führte zur Einrichtung einer zwischenstaatlichen Kommission für die Interaktion mit der WHO im Jahr 2017.

38. Im März 2018 unterzeichnete die Regionaldirektorin eine Vereinbarung mit der Interparlamentarischen Versammlung der Mitglieder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten und der Eurasischen Wirtschaftsunion. Die Vereinbarung stattet das Regionalbüro mit einer Reihe von Mechanismen zur Kooperation aus, insbesondere u. a. durch die Bereitstellung fachlicher Hilfe bei der Ausarbeitung von Modellgesetzen mit Bezug zu Gesundheit und ihre Anwendung im lokalen Kontext. Zu den weiteren Mechanismen zählen der Informationsaustausch zu Gesundheitsthemen mit Bezug zur GUS und darüber hinaus, Einladungen zu den satzungsgemäßen und anderweitigen Tagungen der jeweils anderen Partei, die Kooperation im Rahmen des Sachverständigenausschusses für Gesundheit der Interparlamentarischen Versammlung und die Organisation gemeinsamer Veranstaltungen.

39. Die Eurasische Wirtschaftskommission, der Exekutivarm der jüngst gegründeten Eurasischen Wirtschaftsunion (EAWU), ist eine subregionale Organisation mit einem breiteren politischen und ökonomischen Mandat als die Interparlamentarische Versammlung der GUS. Auch wenn das Gesundheitswesen nicht unmittelbar unter das Mandat der EAWU fällt, bietet die Kommission dem Regionalbüro dennoch Gelegenheit, das Thema Gesundheit in den betroffenen Ländern anzusprechen, indem es Einfluss auf die Erfordernisse für die Einrichtung eines gemeinsamen Marktes für Arzneimittel und Medizinprodukte und die Erlassung gemeinsamer Sanitärvorschriften (auch für das Veterinärwesen und den Pflanzenschutz) nimmt und diesbezügliche Hilfe leistet. Seit Mai 2017 arbeitet das Regionalbüro gemeinsam mit der EAWU an Arzneimittelregulierungen, an der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und an der epidemiologischen Überwachung. Die Zusammenarbeit mit der EAWU ist besonders wertvoll im Hinblick auf die ressort- und grenzübergreifenden Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Eingliederung des Themas Gesundheit in die regionale Integrationsagenda im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO. Darüber hinaus dürften die aktiven Bemühungen der EAWU um Verbindungen zu anderen Ländern und Organisationen in der Region und darüber hinaus (etwa der Schanghaier Organisation für Zusammenarbeit und der Gruppe der BRICS-Staaten<sup>6</sup>) die Möglichkeiten zur regionalen Zusammenarbeit – auch im Gesundheitsbereich – erhöhen.

---

<sup>6</sup> BRICS ist die Abkürzung für eine Vereinigung von fünf aufstrebenden Volkswirtschaften: Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika.

40. Das SEEHN ist ein multinationales, politisches und institutionelles Forum für die regionale Zusammenarbeit im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden.<sup>7</sup> Es wurde in Fortsetzung des Stabilitätspakts für Südosteuropa von 1999 als ein Forum zum Zwecke der Konfliktprävention und des Wiederaufbaus geschaffen. Im Jahr 2001 wurde ihm eine Gesundheitskomponente hinzugefügt. Die Zusammenarbeit auf politischer und fachlicher Ebene hat zu langjährigen Partnerschaften zwischen den Mitgliedstaaten des SEEHN und zahlreichen das Netzwerk in fachlicher und finanzieller Hinsicht unterstützenden Partnerländern, internationalen Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen geführt. Über die Jahre wurde das Netzwerk auch vom Regionalbüro in politischer, administrativer und fachlicher Hinsicht unterstützt.

41. Ein wichtiger Meilenstein für das SEEHN war das vierte Ministerforum in Chisinau (Republik Moldau) im April 2017. Im Rahmen dieses Forums wurde durch die Ernennung entsprechender Mitarbeiter das Sekretariat des Netzwerks begründet. Zudem wurden grundlegende Änderungen an der Vereinbarung vorgenommen und Veränderungen bei der Politiksteuerung und den Standardverfahren vereinbart. Im Juli 2018 wurde von Regionalbüro und SEEHN die erste Subregionale Kooperationsstrategie unterzeichnet. Seitdem wurde durch die direkte Einbindung der Regionaldirektorin in die Plenartagungen des SEEHN gewährleistet, dass die politische Dynamik für das Thema Gesundheit in der Subregion erhalten bleibt und die Gesundheitsminister und Staatssekretäre sich jährlich treffen, um gemeinsame Themen zu erörtern.

42. Die Initiative kleiner Länder wurde 2013 auf einer informellen Tagung in der Türkei im Rahmen des RC63 gegründet, um einen Mechanismus für die Länder der Europäischen Region mit einer Bevölkerungszahl von weniger als 1 Mio. bereitzustellen, in dessen Rahmen sie ihr Wissen zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ austauschen können.<sup>8</sup> Die Initiative bietet ihren Mitgliedern: a) Unterstützung bei der Anpassung nationaler Handlungskonzepte an Strategien und Pläne der WHO; b) themenspezifische fachliche Hilfe; c) Gelegenheit zur Netzwerkbildung und zum Aufbau bilateraler/multilateraler Beziehungen; und d) ein Forum für gemeinsames Lernen und den Austausch über innovative Ansätze. Darüber hinaus wurde das Mandat der Initiative in den vergangenen Jahren dahingehend angepasst, dass es nun (zusätzlich zu entsprechender Unterstützung bezüglich des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“) auch die Bereitstellung fachlicher Unterstützung im Hinblick auf die Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung umfasst. Die Mitglieder der Initiative signalisierten im Rahmen einer Tagung in Reykjavik (Island) im Juli 2018, dass sie die Weiterführung der Initiative befürworteten, und vereinbarten die Aufnahme dreier weiterer Länder (deren Bevölkerungszahl knapp über einer Mio. liegt).<sup>9</sup>

43. In den sechs Jahren seit ihrer Einrichtung hat die Initiative kleiner Länder sich zu einem anerkannten Forum für gemeinsames Lernen und den Austausch über innovative Ansätze zwischen den Ländern entwickelt. Mit der Hilfe des Sekretariats der WHO erstellt die Initiative ihre eigene Reihe von Veröffentlichungen, meist auf Grundlage von Fallstudien und bewährten Praktiken aus den kleinen Ländern im Hinblick auf die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Agenda 2030. Zu den bewährten Praktiken zählen beispielsweise die Ergreifung

---

<sup>7</sup> Die Mitgliedstaaten des SEEHN sind: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Israel, Montenegro, Nordmazedonien, die Republik Moldau, Rumänien und Serbien.

<sup>8</sup> Zu den ursprünglichen acht Mitgliedern der Initiative zählen: Andorra, Island, Luxemburg, Malta, Monaco, Montenegro, San Marino und Zypern.

<sup>9</sup> Estland, Lettland und Slowenien.

ressortübergreifender Maßnahmen im Gesundheitsbereich, die Anwendung des Lebensverlaufansatzes und die Stärkung der Widerstandsfähigkeit auf Ebene von Einzelpersonen, der Gemeinschaft und des Systems. Die Initiative hat bereits einen erheblichen Beitrag zur Arbeit in der Region geleistet, indem sie das Gesundheitsinformations-Netzwerk der kleinen Länder einrichtete. Eine der ersten Aktivitäten dieses Netzwerks war es, eine „Methode des gleitenden Mittelwerts“ salonfähig zu machen und dafür zu sorgen, dass diese Methode in der gesamten Region akzeptiert wurde. Diese Methode hat den Ländern dabei geholfen, die statistischen Herausforderungen zu überwinden, denen sich kleine Länder typischerweise gegenübersehen. Hierzu zählen etwa jene, die sich aus der kleinen Anzahl jährlicher Krankheitsfälle mit geringer Prävalenz ergeben.

44. Die Initiative kleiner Länder kommt sowohl ihren Mitgliedern als auch dem Regionalbüro zugute. Die Länder profitieren von einem Austausch über vorbildliche Praktiken im Hinblick auf die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und der Agenda 2030. Hierzu zählen etwa Praktiken zum Ausbau der relevanten fachlichen Kapazitäten, zur Dokumentation von Prozessen bei der Umsetzung der Strategien, Handlungskonzepte und Pläne der WHO sowie der sich daraus ergebenden Resultate, zur Gewährung gezielter fachlicher Hilfe und zur Schließung von Lücken in der Literatur zur Politikgestaltung in der Europäischen Region im Hinblick auf die Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte in den kleinen Ländern. Das Regionalbüro wiederum profitiert von der Initiative kleiner Länder durch ein verstärktes Engagement und eine bessere Angleichung der nationalen Strategien an das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und die Agenda 2030, durch den Erwerb von Wissen darüber, wie die Handlungskonzepte der WHO operationalisiert werden (praktische Sachkenntnis), durch die Ermutigung größerer Länder, dem erfolgreichen Beispiel der kleineren Länder zu folgen, sowie durch die Nutzung der Initiative als ein kostenwirksames Instrument für die Bereitstellung von Hilfe für die Länder, insbesondere jene ohne eigenes Länderbüro.

45. Die Visegrád-Initiative für Gesundheit ist eine relativ neue Initiative, in deren Rahmen das Regionalbüro mit den WHO-Repräsentanten in den vier Ländern der Visegrád-Gruppe<sup>10</sup> zusammenarbeitet, um eine mögliche Kooperation bei fachlichen Themen zu prüfen. Im Oktober 2018 wurde vom Regionalbüro und dem WHO-Länderbüro in Ungarn anlässlich des 70. Jahrestags der WHO eine Tagung in Budapest (Ungarn) organisiert. Auf dieser drückten die vier teilnehmenden Länder der Visegrád-Gruppe ihre Bereitschaft zu einer verstärkten Zusammenarbeit bei Gesundheitsthemen von gemeinsamem Interesse mit Unterstützung des Regionalbüros aus.

46. Im Februar 2019 fand in der Hohen Tatra unter der Präsidentschaft der Slowakei (Juli 2018 bis Juni 2019) eine vom Gesundheitsministerium der Slowakei ausgerichtete hochrangige Tagung statt. Bei dieser wurden weitere Gespräche über die konkreten Gesundheitsbereiche und Aktivitäten geführt, bei denen die Visegrád-Gruppe auf fachliche Hilfe oder anderweitigen Input bzw. anderweitige Hilfe angewiesen ist. Auch die Regionaldirektorin, weiteres ranghohes Führungspersonal und die WHO-Repräsentanten aus den Ländern der Visegrád-Gruppe nahmen an dieser Tagung teil. Alle vier Länder bekundeten dabei ihr Interesse dafür, aktiv zu einer weiteren Zusammenarbeit mit der WHO beizutragen. In Verbindung mit dieser Tagung wurde in dem beim Staatlichen Institut für Tuberkulose, Lungenerkrankungen und Thoraxchirurgie (Hohe Tatra) angesiedelten WHO-Kooperationszentrum für gefährdete Bevölkerungsgruppen in Zentraleuropa auch eine Schulung abgehalten. Diese befasste sich mit der Bewältigung der Tuberkulose, insbesondere in gefährdeten und marginalisierten

---

<sup>10</sup> Polen, die Slowakei, Tschechien und Ungarn.

Bevölkerungsgruppen, und richtete sich an Gesundheitspersonal aus der Slowakei und anderen Ländern.

47. Eine weitere subregionale Gruppe bilden die nordischen Länder, die auf eine traditionsreiche, enge Zusammenarbeit zurückblicken können. Der im Jahr 1952 ins Leben gerufene Nordische Rat setzt sich aus 87 gewählten Mitgliedern zusammen.<sup>11</sup> Der Nordische Ministerrat unterhält ein Sekretariat mit fast 100 Mitarbeitern, die alle nordischen Länder repräsentieren. Diese Länder kooperieren in Belangen der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklung. Ihre Zusammenarbeit im Bereich Soziales und Gesundheit fußt auf gemeinsamen Grundwerten des nordischen Wohlfahrtssystems. Die Arbeit wird von der Nordischen Hochschule für öffentliche Gesundheit, dem Nordischen Zentrum für Gemeinwohl und Soziales und dem Nordischen medizinisch-statistischen Ausschuss unterstützt.

48. Nördliche Dimension ist die Bezeichnung für eine Kooperation zwischen vier gleichwertigen Partnern: der EU, Island, Norwegen und der Russischen Föderation. Geografisch deckt die Nördliche Dimension den Nordwesten der Russischen Föderation, die Ostsee und die arktischen Regionen ab. Ihr Ziel ist es, Stabilität, Gemeinwohl und nachhaltige Entwicklung durch praktische Zusammenarbeit zu fördern. Die Zusammenarbeit verläuft in thematischen Partnerschaften vor allem zu Umweltthemen und zu Fragen der öffentlichen Gesundheit und des gesellschaftlichen Wohls (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, kurz NDPHS). Deutschland, Frankreich, Kanada, Polen, die Russische Föderation, die baltischen Länder, die nordischen Länder, die Europäische Kommission, die WHO und weitere Organisationen der Vereinten Nationen beteiligen sich an der NDPHS. Erst kürzlich wurde ein Netzwerk aus Universitäten und ein Wirtschaftsrat der Nördlichen Dimension gegründet. Die Aktivitäten der Nördlichen Dimension werden gemeinsam finanziert. Es wird nach Kräften darauf hingearbeitet, die Tagungen der Nördlichen Dimension zu nutzen, um die Arbeit und die fachliche Orientierungshilfe des Regionalbüros zugunsten der betroffenen Länder und der gesamten Europäischen Region zu fördern.

49. Seit mehr als einem Vierteljahrhundert bemüht sich das RHN um die Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Region. Das Netzwerk wurde 1992 gegründet und war von Anfang an einzigartig, da es von unten her ins Leben gerufen wurde: die elf Gründer-Regionen baten die WHO, ein Netzwerk der Regionen zu gründen, das dem Zweck dienen sollte, Gesundheit durch ressortübergreifendes Handeln zu fördern und gesundheitliche Ungleichheiten in Angriff zu nehmen. Der Schwerpunkt seiner Arbeit liegt auf der Förderung von diesbezüglichen Maßnahmen, die in den Regionen ergriffen werden. Das RHN entstand infolge der nachdrücklichen und zunehmenden Unterstützung vonseiten der Länder in der Europäischen Region für eine umfassende Gesundheitspolitik und -planung in Verbindung mit dem Konzept „Gesundheit für alle“ sowie der zunehmenden Bedeutung der Regionen innerhalb der Länder in der Europäischen Region, die allmählich an Stärke und Verantwortung gewannen.

50. Das Netzwerk umfasst heute 41 Regionen in 28 Ländern der Europäischen Region. Jede der 41 Mitgliedsregionen setzt sich für die Ziele der WHO in ihrem eigenen Land ein und unterstützt deren Verwirklichung. Das Sekretariat des Netzwerks ist beim Europäischen Büro der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung in Venedig (Italien) angesiedelt. Das RHN agiert als ein einzigartiges, direktes Verbindungsglied zwischen der WHO und den politischen

---

<sup>11</sup> Der Rat hat 87 gewählte Mitglieder. Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden haben jeweils 20 Mitglieder. Von diesen stammen zwei der dänischen Vertreter von den Färöer-Inseln und zwei aus Grönland. Zwei der finnischen Vertreter wiederum stammen aus Åland. Island hat sieben Mitglieder.

Entscheidungsträgern in den beteiligten Regionen und als eine Brücke zwischen der WHO und den Regionen sowie zwischen den nationalen Handlungskonzepten innerhalb der Länder und lokalen Initiativen. Es stellt sicher, dass die Ambitionen der WHO gegenüber den maßgeblichen Akteuren auf regionaler Ebene innerhalb der Länder erläutert und von diesen verstanden werden und die Ambitionen angemessen sind, um auf dieser Ebene umgesetzt zu werden.

51. Das Gesunde-Städte-Netzwerk wurde im Jahr 1998 ins Leben gerufen, zunächst als eine Gruppierung von Städten, dem Verband der gesunden Städte des Ostseeraums. Neben seiner Verbindung zur WHO ist das Gesunde-Städte-Netzwerk auch mit der EU-Strategie für den Ostseeraum und der NDPHS verknüpft und nimmt an deren Tagungen und der Entwicklung neuer Projekte teil. Seit seiner Gründung hat es sich zu einer globalen Bewegung entwickelt. In der Europäischen Region können sich über 100 Städte als gesunde Stadt bezeichnen oder bewerben sich darum. Mehrere Hundert weitere Städte sind über ihre nationalen Netzwerke mit dem Projekt verbunden.

52. Das Gesunde-Städte-Netzwerk finanziert sich weitgehend selbst über die Gebühren seiner Mitglieder. Von Anfang an war das Netzwerk darauf angelegt, die Werte aus dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ auf kommunaler Ebene zu fördern. Gemeinsam entscheiden die teilnehmenden Städte über die Themen, auf die sie sich in den nächsten fünf Jahren konzentrieren werden. Darüber hinaus wurden Untergruppen zu bestimmten Themen eingerichtet, an denen mindestens 15 Städte Interesse zeigen. Hierbei übernimmt eine Stadt jeweils die Federführung und die Ergebnisse ihrer Arbeit werden mit dem gesamten Netzwerk geteilt. 2018 traf sich das Gesunde-Städte-Netzwerk in Kopenhagen. Im Rahmen dieser Tagung wurde der Konsens der Kopenhagener Tagung der Bürgermeister: Gesundere und glücklichere Städte für alle angenommen, mit dem die Arbeit des Netzwerks an den SDG ausgerichtet wird.

53. Auch das Netzwerk der Kooperationszentren der WHO stellt einen erheblichen Aktivposten für die Organisation dar. Es wird sehr geschätzt und gut genutzt, muss aber noch weiter optimiert werden. Über dieses Netzwerk steht der WHO eine Expertengruppe zur Verfügung, die den Ländern zu Hilfe kommt und wichtige Forschung sowie Kapazitätsaufbau betreibt und gelegentlich mobilisiert wird, um fachliche Hilfe für die Länder zu leisten, wenn hierfür im Regionalbüro nicht genügend Fachkräfte zur Verfügung stehen.

54. Sämtliche vorstehend beschriebenen Netzwerke und Umfeldler bieten dem Regionalbüro Gelegenheit, Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu nehmen. Viel wichtiger ist jedoch, dass sie direkten Zugang zu den höheren Ebenen der Politikgestaltung in den Ländern und dem Regionalbüro so die Möglichkeit bieten, seinen Wirkungsbereich insbesondere in Ländern ohne Länderbüro auszudehnen. Wirkung auf Ebene der Länder wird so indirekt durch Entscheidungshilfe und Einflussnahme auf Entscheidungen, die Förderung von Gesundheit und das Eintreten für Kooperation bei gemeinsamen Themen erzielt.

## ***Gewährleistung eines größeren Mehrwerts auf nationaler Ebene***

### **Stärkung der Länderbüros des Regionalbüros**

55. Über die Jahre hinweg haben Länderbüros die Beziehung des Regionalbüros zu den Ländern entscheidend geprägt. Ihre Überzeugungsarbeit für die Gesundheit und ihre Vermittlung und Koordinierung fachlicher Hilfe für die Länder waren ausschlaggebend und haben zu stärker evidenzbasierter Politikgestaltung und Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene geführt. Wichtig waren Länderbüros auch deswegen, weil sie selbst bei einem



Regierungswechsel für Kontinuität in der Kooperation und Koordination mit den Gesundheitsministerien bei deren Umsetzung von gesundheitspolitischen Konzepten und Plänen sorgten. Als strategische Partner für das Engagement der WHO in den Ländern sowie aufgrund ihres fundierten Wissens über länderspezifische Zusammenhänge und Bedürfnisse und ihrer Fähigkeit zur Bewertung der Machbarkeit von gesundheitspolitischen Interventionen auf Länderebene haben sie sich als wertvoll für die Organisation erwiesen.

56. Zur Arbeit der Länderbüros zählen die konzeptionelle Beratung und der Grundsatzdialog, u. a. in Bezug auf die gesundheitspolitische Zusammenarbeit und die Entwicklungszusammenarbeit. Die Hauptgesprächspartner sind hierbei die Gesundheitsministerien und Organisationen der Vereinten Nationen sowie andere Partnerorganisationen, wobei der Schwerpunkt hauptsächlich darauf liegt, das Thema Gesundheit in die Entwicklungsprozesse im Land und in die Arbeit der Partnerorganisationen auf Länderebene einzubinden, etwa durch den Kooperationsrahmen der Vereinten Nationen für die nachhaltige Entwicklung (UNSDCF) und ressortweite Ansätze, mit denen die SDG auf nationale Bedürfnisse und Rahmenbedingungen angepasst werden. Länderbüros spielen für die Überzeugungsarbeit im Gesundheitsbereich eine wichtige Rolle, sie fördern neue Initiativen und Ansätze wie etwa die Arbeit zu den sozialen Determinanten von Gesundheit, Menschenrechten und zur Gleichstellung der Geschlechter. Durch ihre tägliche Kooperation mit nationalen Akteuren helfen sie, die Mechanismen für Politiksteuerung auf Länderebene zu stärken.

57. 2011 beauftragte die Regionaldirektorin eine externe Arbeitsgruppe (RWGCo) mit der Evaluation der Länderarbeit des Regionalbüros. Diese Arbeitsgruppe setzte sich aus ehemaligen leitenden Mitarbeitern der WHO im Ruhestand (ehemalige Direktoren für Programm-Management) und einigen obersten Gesundheitsbeamten zusammen. Als die Arbeitsgruppe 2010 alle Länderbüros kritisch prüfte und untersuchte, ob die Präsenz der WHO vor Ort weiterhin nötig war, war die Rückmeldung der Länder über den Wert der Länderbüros einhellig. Die Mitgliedstaaten machten deutlich, dass die Büros eine Bereicherung darstellten, und baten darum, diese aufrechtzuerhalten. Eine der Hauptempfehlungen der externen Arbeitsgruppe war es, eine Präsenz der WHO in jedem Land einzurichten (nicht nur in jenen, in denen es bereits eine Präsenz gab). Die Arbeitsgruppe warnte davor, dass die Kostenwirksamkeit einiger Büros seit ihrer Einrichtung möglicherweise abgenommen habe. Deswegen wurden Vereinbarungen mit den betreffenden Regierungen über eine Kostenbeteiligung angeregt. Seitdem wurden die Länderbüros deutlich gestärkt und die Kapazitäten ihrer Mitarbeiter deutlich ausgebaut.

58. Die WHO unterhält Länderbüros in 30 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region. Gegenwärtig wird über die Einrichtung eines weiteren Länderbüros verhandelt. Diese Büros sind hauptsächlich in Mittel- und Osteuropa, Südosteuropa, den GUS und Zentralasien angesiedelt. In den vergangenen neun Jahren hat es Veränderungen in der Führungsspitze dieser Büros gegeben: standen sie zuvor unter der Leitung von national angeworbenen Fachreferenten, werden sie mittlerweile hauptsächlich von international angeworbenen Kräften geleitet. Gegenwärtig gibt es nur noch vier Länderbüros unter der Leitung national angeworbener Fachreferenten in der Region (in Estland, Kroatien, Litauen und Montenegro).

59. Die Klassifikation und Gruppierung der Länderbüros wurde erstmals im Jahr 2011 überprüft. Daraufhin wurde die Art der Büros standardisiert und der Kernbestand an Personal vom Referat für Strategische Beziehungen mit den Ländern im Regionalbüro in einem internen Dokument mit dem Titel „Fahrplan für die Länder“ dokumentiert. Dieses ist mittlerweile zum zentralen, vom Regionalbüro für die Anwerbung von Mitarbeitern für die Länderbüros herangezogenen Dokument geworden. Im Rahmen dieser Übung wurden Daten zur

gesundheitlichen Situation und zu anderen Bereichen erfasst, insbesondere im Hinblick auf die Gegebenheiten vor Ort, die Größe des Landes sowie dessen Komplexität, Stabilität und Kapazitäten.

60. Darüber hinaus wurden die fachlichen Mitarbeiter der Länderbüros seit 2011 alle zwei Jahre überprüft, um die fachliche Sachkenntnis in den Länderbüros abzugleichen und so zu gewährleisten, dass die Arbeit im Einklang mit dem Programmhaushalt durchgeführt wird und länderspezifische Probleme angegangen werden. Bereits zum damaligen Zeitpunkt lag der Schwerpunkt darauf, zu gewährleisten, dass die Stellenbeschreibung der Kernbelegschaft in den Länderbüros einheitlich ist, was zu einer ähnlichen Kernpräsenz (einschließlich der administrativen Kapazitäten) in Büros in Ländern mit ähnlichen Profilen führte. Die Kernbelegschaft wurde durch ordentliche Beiträge finanziert. Fachpersonal wurde den Länderbüros (wie bereits erwähnt) entsprechend der Prioritäten im jeweiligen Zweijahreszeitraum zugewiesen und sowohl durch freiwillige Spenden als auch durch ordentliche Beiträge finanziert. Aufgrund dieser frühzeitigen Initiativen, die ursprünglich zur Gewährleistung einer breit angelegten Umsetzung von „Gesundheit 2020“ eingeführt wurden, sieht sich das Regionalbüro nun in einer guten Ausgangsposition, um das GPW 13 und die zugehörigen Programmhaushalte umzusetzen.

61. Im Hinblick auf die berufliche Fortbildung und Weiterqualifikation sind alle Leiter der Länderbüros und WHO-Repräsentanten in den Bereichen Leitung, Politikgestaltung und Vermittlung fachlicher Hilfe für die Reform nationaler Abläufe hervorragend geschult. Dies ist wichtig, da sie sicherstellen, dass die länderübergreifende Arbeit, die das Regionalbüro über seine Fachprogramme und Netzwerke leistet, den jeweiligen Ländern erfolgreich vermittelt wird. In den letzten Jahren haben die Länder sich an etablierten Netzwerken und Interessengruppen beteiligt und wurden zudem zu den Tagungen der leitenden Organe der WHO eingeladen, um sicherzustellen, dass sie direkt in entscheidende Diskussionen zur Gesundheitspolitik, zu Reformen der Gesundheitsversorgung und zur Gesundheitssicherheit einbezogen werden.

62. Es werden auch weiterhin Veränderungen auf der Leitungsebene diskutiert und umgesetzt. Damit wird das Ziel verfolgt, sicherzustellen, dass den WHO-Repräsentanten angemessene Zuständigkeiten übertragen werden und so die Arbeit vorangetrieben wird. Dies bringt natürlich größere Verantwortung für die WHO-Repräsentanten mit sich sowie deren Schulung in den Bereichen öffentliche Gesundheit und Diplomatie. Es bedeutet aber auch, dass sie ihre politische Rolle und ihre Führungsrolle effektiver ausüben können. In der Zwischenzeit haben auch sämtliche Mitarbeiter der Länderbüros eine berufliche Weiterbildung durchlaufen, um sie im Rahmen einer Reihe von „iLearn-Modulen“ (darunter einige verbindliche Kurse zu den Themen Belästigung, Netzsicherheit und Sicherheit) besser für die Arbeit in den Ländern zu rüsten.

63. Eine der Veränderungen, die zugunsten der Steigerung der Führungsqualitäten auf Länderebene erforderlich waren, war die Formalisierung von Methoden anhand derer Kandidaten für eine globale Liste für die Position eines WHO-Repräsentanten ausgewählt werden. Unter Federführung des WHO-Hauptbüros befindet sich diese bereits in einem fortgeschrittenen Stadium und wird zweifellos dafür sorgen, dass hochkarätige Repräsentanten ausgewählt werden, die sich als effektive Führungskräfte im Gesundheitsbereich und effektive Diplomaten erweisen werden und gut geeignet sind, um die Prioritäten der Länder anzugehen. In der Europäischen Region haben in den vergangenen Zweijahreszeiträumen kontinuierliche Schulungen und Unterstützung dafür gesorgt, dass nahezu alle Leiter der Länderbüros von der Liste rekrutiert

wurden, was auch die Aufwertung nahezu aller Länderbüros zu Büros unter internationaler Leitung ermöglichte.

64. Unterdessen entwickeln sich die WHO-Repräsentanten durch ihre eigenen Erfahrungen in den Ländern weiter und profitieren von der Rotation in andere Länder und Regionen. Im Regionalbüro ist ein merklicher Anstieg der freiwilligen Rotation und Mobilität bei international angeworbenen Mitarbeitern des Höheren Dienstes und den Leitern der Länderbüros zu beobachten, insbesondere zwischen dem Regionalbüro und der Länderebene, aber auch zwischen Länderbüros innerhalb der Europäischen Region. Diese Rotation hat auch zur erfolgreichen Umgestaltung der meisten Länderbüros in der Region von Büros unter der Leitung national angeworbener Fachreferenten hin zu Büros unter internationaler Leitung beigetragen.

65. Allerdings gibt es weiterhin Herausforderungen zu bewältigen. Auch wenn die Bereitstellung fachlicher Hilfe zu den zentralen Aufgaben der Länderbüros gehört, sind die Länderbüros der Region klein und verfügen nicht über einen angemessenen fachlichen Mitarbeiterstab, um fachliche Hilfe ohne die fachliche und normative Unterstützung des Regionalbüros sowie bei Bedarf des Hauptbüros bereitstellen zu können. Unterstützung vonseiten des Regionalbüros und des Hauptbüros sowie eine bessere Abstimmung der Arbeit der WHO auf allen drei Ebenen der Organisation kann zweifellos zur Behebung dieses Mangels an fachlichen Kapazitäten in den Länderbüros beitragen. Eine weitere Herausforderung auf Ebene der Länder besteht darin, angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen, was teilweise aus der ungleichen Verteilung des Programmhaushalts resultiert, eine messbare Wirkung der Arbeit des Regionalbüros innerhalb der Länder sicherzustellen. Auch die Bewältigung der Folgen der Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen für die Beschäftigten der WHO auf Länderebene stellt eine Herausforderung dar.

### ***Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ohne WHO-Länderbüro***

66. Mitgliedstaaten ohne Länderbüro haben in Beratungen deutlich gemacht, dass sie andere Bedürfnisse haben, die über die oben genannten Aktivitäten hinausgehen. Mit der Umsetzung des GPW 13 wurde auf der globalen Ebene der Organisation eine klare Strategie für eine engere Zusammenarbeit mit diesen Ländern formuliert, die besondere Bedeutung erhalten wird im Hinblick auf: i) die Förderung von und Unterstützung bei Grundsatzdialogen zu zentralen nationalen Gesundheitsthemen; ii) Hilfe bei der Stärkung der Führungsrolle von Gesundheitsministerien in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen Ministerien; iii) die Identifizierung von Möglichkeiten zum Aufbau von Partnerschaften zwischen Ländern, um den Erfahrungsaustausch zu vereinfachen; iv) die Bereitstellung von Unterstützung und Evidenz für wichtige nationale Ereignisse; v) die Erörterung von vorrangigen Themen wie gesundheitsbezogene Haushalte oder die Ausarbeitung nationaler gesundheitspolitischer Handlungskonzepte (in Bereichen wie Gesundheitsfinanzierung und der Ausarbeitung nationaler gesundheitspolitischer Handlungskonzepte, Strategien und Aktionspläne); bzw. vi) die Einbindung in Diskussionen über strategische Stoßrichtungen wie z. B. während der Vorbereitungen für gesundheitsbezogene Aktivitäten im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft eines Landes.

67. Das Netzwerk der nationalen Ansprechpersonen hat sich als sehr nützlich erwiesen und wird fortgesetzt. Es ist jedoch erforderlich, die Kriterien, die ursprünglich den Gesundheitsministerien für die Auswahl der Ansprechpersonen vorgeschlagen wurden, zu überprüfen, um sicherstellen zu können, dass der richtige Kandidat ausgewählt wird und dass

vonseiten der Länder die Übertragung von Zuständigkeiten auf der höchstmöglichen Ebene erfolgt, sodass die nationale Ansprechperson zeitnah Entscheidungen treffen und sich an die zuständige Ebene der nationalen Politiksteuerung wenden kann. Weitere Anknüpfungspunkte, über die ein regelmäßiger Austausch mit Ländern ohne Länderbüros stattfindet, sind u. a. Kontakte, die die Mitarbeiter selbst über die Jahre durch ihre fachliche Arbeit hergestellt haben, oder Berater und Anlaufstellen in den vorstehend genannten Netzwerken.

68. Die vorstehend genannten Länder-Netzwerke werden auch weiterhin eine wichtige Rolle bei der engeren Zusammenarbeit mit den Ländern ohne Länderbüros spielen. Die Anlaufstellen dieser Netzwerke, die regelmäßig mit dem Regionalbüro zusammenarbeiten, können als Bindeglied zwischen dem Regionalbüro und den politischen Entscheidungsträgern fungieren. Gleichermäßen bieten die Außenstellen in Barcelona, Bonn und Venedig sowie das Büro der WHO in Brüssel Standorte, die für eine flexiblere Mobilisierung fachlicher Ressourcen sowie für eine engere Zusammenarbeit mit den umliegenden Ländern ohne Länderbüro genutzt werden könnten. Gegenwärtig werden diese als länderübergreifende Dienstorte bezeichnet. Zu guter Letzt bieten auch die Kooperationszentren der WHO eine weitere wichtige Möglichkeit zur Stärkung der Zusammenarbeit mit Ländern ohne Länderbüros, da sie Themen behandeln, die für die gesamte Europäische Region von Bedeutung sind.

69. Die Art der Präsenz der WHO in diesen Mitgliedstaaten muss jedoch weiter untersucht und gestärkt werden. Die Präsenz in den Ländern könnte in Form eines nationalen politischen Entscheidungsträgers organisiert werden, der als ständige Anlaufstelle für die tägliche Kooperation mit dem jeweiligen Land fungieren könnte, oder in Form eines für die Beziehungen zu den Ländern zuständigen WHO-Bediensteten (ein sogenannter strategischer Länderreferent), der im Regionalbüro stationiert ist, aber einen stetigen Informationsfluss von und zu dem Gesundheitsministerium des jeweiligen Landes gewährleistet, ohne dass es der Einrichtung eines eigentlichen Länderbüros bedarf. Das Regionalbüro prüft derzeit verschiedene Optionen für die Stationierung strategischer Länderreferenten in bereits bestehenden Büros des Regionalbüros an Dienstorten außerhalb von Kopenhagen. Diese würden den jeweiligen Mitarbeitern den Vorteil bieten, sich in physischer Nähe zu einer Gruppe von Nachbarländern dieses Dienstortes aufzuhalten, die über kein eigenes Länderbüro verfügen. Diese strategischen Länderreferenten würden als Vertreter/Verbindungspersonen der WHO für sämtliche Nachbarländer fungieren, hätten jedoch den Vorteil, allein durch die physische Nähe zu diesen Ländern einfacher für strategische Diskussionen und andere Anfragen aus diesen Ländern mobilisiert werden zu können.

70. Darüber hinaus erörtert das Regionalbüro die Möglichkeit, die Idee der Nutzung bereits bestehender WHO-Büros als länderübergreifende Dienstorte aus anderen strategischen und fachlichen Gründen insbesondere in vorrangigen Ländern auszuweiten. Der zur Diskussion stehende Vorschlag sieht vor, dass leitende Bedienstete in Länderbüros oder ausgelagerten Fachzentren stationiert werden, um eine Reihe von Nachbarländern regelmäßiger und agiler unterstützen und so rascher auf bestimmte Bedürfnisse aus diesen Ländern reagieren zu können. Ein Beispiel für ein solches Konzept existiert gegenwärtig in drei Länderbüros (in Georgien, Kirgisistan und Serbien), in denen jeweils ein leitender Fachreferent für gesundheitliche Notlagen stationiert ist, der regelmäßig zwischen den Nachbarländern hin und herreist, um die erforderliche Hilfe zu bieten und entsprechenden Kapazitätsaufbau zu betreiben. Ziel ist es, dieses erfolgreiche Beispiel auch auf andere Subregionen der Europäischen Region auszuweiten.

71. Eine letzte Option, die gegenwärtig für eine engere Zusammenarbeit mit Ländern ohne Länderbüros geprüft wird, ist die Ernennung eines WHO-Botschafters (bzw. eines „Freundes“

der WHO bzw. WHO-Gesandten). Diese Personen würden offiziell vom jeweiligen Gesundheitsministerium nominiert bzw. anerkannt und sollten im Idealfall über fundierte Kenntnisse über die Organisation und ihre Verfahren verfügen. Ehemalige Bedienstete der WHO im Ruhestand oder ehemalige Mitglieder der leitenden Organe würden sich für eine solche Position anbieten, um eine angemessene Zusammenarbeit zwischen der WHO und den Mitgliedstaaten zu gewährleisten.

72. Die länderübergreifenden Dienstorte würden es dem Regionalbüro ermöglichen, mehr Mitarbeiter auf Länderebene zu stationieren, ohne zwangsläufig die Belegschaft in jedem Länderbüro auszubauen. Zu den für diese länderübergreifenden Dienstorte in Frage kommenden Mitarbeitern zählen etwa im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit tätige Bedienstete (für Überzeugungsarbeit, Kommunikation und die Mobilisierung von Finanzmitteln), Daten- und Informationsbeauftragte, sowie Fachpersonal. Auch wenn sie selbst nicht direkt in Kopenhagen stationiert sind, bilden sämtliche ausgegliederten Mitarbeiter an länderübergreifenden Dienstorten weiterhin einen integralen Bestandteil ihrer jeweiligen Abteilungen im Regionalbüro.

## **Gestaltung der künftigen Arbeit des Regionalbüros mit den Mitgliedstaaten**

### ***GPW 13 und der Umgestaltungsprozess im Regionalbüro***

73. Zu Beginn des Umgestaltungsprozesses ernannte die Regionaldirektorin im Regionalbüro einen regionsweiten Koordinator für die Umgestaltung, dessen Aufgabe es ist, direkt mit dem für die Umgestaltung zuständigen globalen Team an neuen Arbeitsweisen in Einklang mit dem GPW 13 zu arbeiten und die Beiträge des Regionalbüros zu den globalen Bemühungen zu koordinieren. Durch die Schaffung dieses Postens stellte das Regionalbüro eine regelmäßige Kontrolle und eine regelmäßige Verbreitung von Informationen auf Länderebene, gegenüber sämtlichen Bediensteten des Regionalbüros und gegenüber dem Hauptbüro sicher. Dadurch wurde auch gewährleistet, dass die Diskussionen einem einheitlichen Ansatz folgen, und es wird zudem von Nutzen sein, wenn es darum geht, die Veränderungen im Regionalbüro umzusetzen.

74. Unterdessen haben die oberste Leitungsebene des Regionalbüros und die Repräsentanten der WHO sich an verschiedenen von dem für die Umgestaltung zuständigen Team im Hauptbüro organisierten Arbeitsgruppen beteiligt, was in einer Präsentation im Rahmen einer Tagung der Globalen Leitungsebene der WHO in Nairobi (Kenia) im Dezember 2018 für das gesamte Führungspersonal gipfelte. Diese Tagung war entscheidend, um sicherzustellen, dass sämtliche Mitarbeiter aktiv in alle Aspekte der erforderlichen Veränderungen eingebunden sind und Gelegenheit erhielten, sich zu beteiligen, einen Beitrag zu leisten und zu erfahren, was in der Umsetzungsphase von ihnen erwartet wird.

### ***Feinabstimmung des Geschäftsmodells der WHO auf die Europäische Region***

75. Die Ausarbeitung eines abgestimmten und flexiblen Geschäftsmodells der WHO für eine bessere Wirkung auf Ebene der Länder erfordert einige Änderungen am bestehenden Modell. Das Geschäftsmodell für die Europäische Region wurde in den vergangenen Monaten regelmäßig mit den Bediensteten diskutiert, um eine bessere Umsetzung von „Gesundheit 2020“ ermöglichen und einen besseren Beitrag zum GPW 13 leisten zu können. Es wird eine gewisse

Feinabstimmung des Geschäftsmodells erforderlich sein, insbesondere damit die von den Ländern ohne Länderbüros angesprochenen vorrangigen Themen Berücksichtigung finden.

76. Das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“, das ursprünglich ausgearbeitet wurde, um einige der größten Hindernisse zu überwinden, die bis zu seiner Einführung Fortschritte im Gesundheitsbereich verhindert hatten, bietet noch immer eine Zukunftsvision für die Arbeit des Regionalbüros. Durch die klare Festlegung einer strategischen Ausrichtung, von Prioritäten und vielfältigen Anregungen für die Arbeit auf Länderebene auf Grundlage von Forschung und Erfahrungen in zahlreichen Ländern innerhalb der Europäischen Region und darüber hinaus stärkt die im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ enthaltene strategische Weitsicht auch weiterhin die Führungsrolle des Regionalbüros bei der Arbeit in den Ländern und mit den Regierungen in der Region. Damit sind die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region gut aufgestellt für die Umsetzung des GPW 13.

77. Mit den leitenden Organen der Europäischen Region wurden transparente Diskussionen zu diesem Thema geführt, in deren Verlauf die Organe mit detaillierten Informationen über die Länderarbeit des Regionalbüros versorgt wurden. In den letzten Jahren wurden vom Regionalbüro verstärkte Bemühungen unternommen, um sicherzustellen, dass bei sämtlichen Tagungen der leitenden Organe fundierte Diskussionen stattfinden können. Hierzu zählten etwa eine Reihe von Länderbesuchen durch Europäische Mitglieder der leitenden Organe der WHO im Zeitraum zwischen 2017 und 2019, Nebenveranstaltungen bei Tagungen der leitenden Organe, direkte Interaktion zwischen den Repräsentanten der WHO und den Mitgliedstaaten am Rande der Tagungen des Regionalkomitees, sowie regelmäßige Informationsgespräche per WebEX für die Mitgliedstaaten unter Einbindung von nationalen Ansprechpersonen, Botschaftern und nationalen Kommunikationsfachleuten aus den Ministerien.

78. Zudem strebt das Regionalbüro eine stärkere Unterstützung aller Länder an, um seine Arbeit besser auf das GPW 13 ausrichten und um gewährleisten zu können, dass die Arbeit der Länderbüros mit jener der anderen beiden Ebenen der Organisation abgestimmt wird. Derzeit läuft eine Übung, die sich an den Diskussionen zur Umgestaltung mit dem Hauptbüro orientiert und in deren Rahmen die Prioritäten der Länder für den Zweijahreszeitraum 2020–2021 geprüft und zusätzlicher Personalbedarf ermittelt werden sollen, um eine Wirkung auf Länderebene gewährleisten zu können. Hierunter fällt etwa die Gruppierung von Ländern nach gemeinsamen gesundheitlichen Bedürfnissen und politischen Einstellungen. Dies ermöglicht die Identifizierung einer standardisierten Kernbelegschaft in sämtlichen Länderbüros für routinemäßige strategische Aufgaben sowie der zusätzlich erforderlichen Fachkompetenz durch die länderübergreifenden Dienstorte zugunsten einer flexiblen Bereitstellung fachlicher Hilfe.

79. Das Referat für Strategische Beziehungen mit den Ländern wird auch weiterhin einem doppelten Zweck dienen, indem es: a) den Fachabteilungen jederzeit als die Stelle mit strategischem Rat zur Seite steht, die Länderinformationen und Daten zentral sammelt und dadurch eine wirksame Koordination der Länderaktivitäten des Regionalbüros sichern kann; und b) für die Länder ohne Länderbüro das zentrale Bindeglied für strategische und konzeptionelle Fragen ist. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten dieses Referats werden gegenwärtig im Hinblick auf die Ergänzung neuer Verantwortlichkeiten überprüft, die im GPW 13 vorgesehen sind (etwa die Ausarbeitung, Umsetzung und Kontrolle von Plänen zur Unterstützung der Länder).

80. Eine der wichtigsten Veränderungen in Bezug auf die Arbeit der WHO wird die Gewährleistung vermehrter strategischer konzeptioneller Dialoge mit den Mitgliedstaaten sein,

die jederzeit und auf allen Ebenen vorgesehen sind. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Zusammenarbeit nicht nur reaktiv, sondern auch proaktiv erfolgt. Um eine Wirkung zu erzielen und die dreifache Milliarden-Zielmarke zu erreichen, muss die Arbeit in den Ländern nicht nur zeitnah erfolgen (umgehende Reaktion auf Bedürfnisse, etwa Notfälle und gesundheitliche Krisen, sobald diese entstehen), sondern auch einen wirksamen Schutz vor den Ursachen von Krankheit bieten (durch die Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, von Themen mit Bezug zu Geschlechterfragen und Menschenrechten, Lebensweisen und Gesundheitsförderung) und ergebnisorientiert sein, damit erkennbare Verbesserungen beim Gesundheitszustand in den Ländern erzielt werden können. Dies werden auch in Zukunft die Hauptkomponenten bei der Unterstützung der Länder sein.

81. Vor dem Hintergrund des GPW 13 und des Programmhaushalts 2020–2021 wird die fachliche Unterstützung der Länder auch weiterhin hauptsächlich durch das Regionalbüro erfolgen, das zu diesem Zweck sein in Kopenhagen ansässiges Fachpersonal und die eng mit ihm verzahnten ausgelagerten Fachzentren nutzen wird. Um jedoch sicherstellen zu können, dass dort, wo sie gebraucht werden, fachliche Kapazitäten zur Verfügung stehen, wird vom Regionalbüro derzeit eine neue Option geprüft: die vorstehend beschriebenen länderübergreifenden Dienstorte, von denen aus leitende fachliche (und strategische) Bedienstete schnell und effektiv in den Nachbarländern eingesetzt werden können. Diese länderübergreifenden Dienstorte ermöglichen es leitenden fachlichen Experten, in näherer Umgebung zu jenen Ländern positioniert zu werden, die regelmäßige Unterstützung erfordern, wodurch das Regionalbüro flexibler und schneller reagieren kann. Hierfür sollen bereits bestehende WHO-Büros genutzt werden. Darüber hinaus mag es erforderlich sein, einige Mitarbeiterprofile in aufgabenübergreifenden Teams neu zu organisieren, sodass rasch entsprechend sich verändernden Bedürfnissen in den Ländern entscheidende, zeitgebundene Ergebnisse erzielt werden können.

### ***Abstimmung der in der Europäischen Region zum Einsatz kommenden Instrumente***

82. Die Arbeit des Regionalbüros in den Ländern unterliegt standardisierten Konzepten, Verfahren und Instrumenten, die den Ansprechpersonen in Ländern ohne Länderbüro nicht unbedingt vertraut sind. Bisher waren zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCA) das wichtigste Instrument für die fachliche Unterstützung der meisten Länder in der Region durch das Regionalbüro, wodurch diese meist eine Anschubfinanzierung für ihre gesundheitlichen Prioritäten erhielten. Eine BCA wird durch Bottom-up-Planung zwischen dem Gesundheitsministerium und dem WHO-Repräsentanten ausgearbeitet und enthält eindeutige Maßnahmen, denen ein kleines Budget in Form von ordentlichen Beiträgen zur Gewährleistung ihrer Umsetzung zugewiesen wird. In den letzten Jahren wurde durch diese Vereinbarungen zwischen dem Regionalbüro und den Ländern gewährleistet, dass die Planung nach einem Bottom-up-Verfahren erfolgt. Zudem boten sie dem Regionalbüro Gelegenheit, Prioritäten auf nationaler Ebene zu setzen und die erwarteten Ergebnisse für bestimmte Länder in einem Zweijahreszeitraum festzulegen. Bisher wurden in 29 Ländern mit Länderbüro BCA abgeschlossen und in drei Ländern ohne Länderbüro (Andorra, Malta und Portugal).

83. In anderen WHO-Regionen dagegen ist das wichtigste von den Mitgliedstaaten für die Zusammenarbeit mit der WHO verwendete Instrument die Länder-Kooperationsstrategie (CCS). Gemäß der Resolution EUR/RC62/R7 wurden CCS auf Wunsch der jeweiligen Länder

geschlossen. Das Regionalbüro hat eine Vielzahl von Wünschen und Anfragen erhalten, doch bisher haben erst 6 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region eine CCS ausgefertigt.<sup>12</sup>

84. Über die Jahre wurden zahlreiche andere Instrumente entwickelt, um die von den Mitgliedstaaten vorgebrachten vielfältigen Gesundheitsthemen und am häufigsten genannten Anliegen anzugehen. Ein Beispiel hierfür ist die Arbeit des Regionalbüros zur Förderung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung durch die Stärkung der Gesundheitssysteme im Einklang mit der Charta von Tallinn aus dem Jahr 2008 sowie den Ergebnissen der Hochrangigen Tagung der Europäischen Region – Gesundheitssysteme für Wohlstand und Solidarität: niemanden zurücklassen, die anlässlich des zehnten Jahrestags der Charta von Tallinn im Jahr 2018 abgehalten wurde. Sowohl in der Charta von Tallinn als auch im Rahmen der Hochrangigen Tagung wurde die Notwendigkeit für die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemen einschließlich der Modalitäten für die Gesundheitsfinanzierung zur Gesundheitsförderung hervorgehoben. Infolgedessen wurden in sämtlichen Ländern (gemäß der geltenden nationalen Gesetze) grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen überprüft und Verbesserungen vorgenommen, und ihre Umsetzung dauert weiterhin an. Zu den Bereichen, die besonders berücksichtigt wurden, gehörten die Krankheitsprävention, Primärprävention und Gesundheitsförderung. Es wurden Instrumente zur Analyse systemischer Schwachstellen und Methoden zu deren Behebung entwickelt sowie zahlreiche Länderbesuche durchgeführt, um die Länder bei der Prüfung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen. Dadurch konnten in den Ländern erhebliche Verbesserungen vorgenommen werden. Die Hilfe des Büros Barcelona im Bereich Gesundheitsfinanzierung und die Kurse über die Stärkung von Gesundheitssystemen haben sich sowohl innerhalb der Region als auch darüber hinaus als besonders beliebt und wirksam erwiesen.

85. Zu den Orientierungshilfen für die Arbeit des Regionalbüros in den Ländern zählen auch die von den Mitgliedstaaten eingegangenen gesetzlichen Verpflichtungen. Hierzu gehören rechtsverbindliche Übereinkünfte wie die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005) und das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, aber auch multilaterale Übereinkünfte etwa im Umweltbereich, in denen der WHO bestimmte klare Zuständigkeiten zugewiesen werden (z. B. das Protokoll über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen, und das Übereinkommen über weiträumige grenzüberschreitende Luftverunreinigung). Große Fortschritte auf Länderebene erzielt die WHO aber auch über rechtlich nicht bindende Regelungen, wie die auf Ministerkonferenzen angenommenen Erklärungen und Chartas sowie die auf Tagungen der leitenden Organe auf globaler und regionaler Ebene gebilligten Strategien und Aktionspläne, die in der Folge durch die Annahme flankierender Resolutionen weitere Unterstützung finden.

86. Das GPW 13 gibt dem Regionalbüro nun ein klares Mandat, um engere Beziehungen zu allen 53 Ländern in der Europäischen Region aufzubauen. Diese wurden gebeten, dem Sekretariat die wichtigsten vorrangigen Themen zu nennen, die in die Pläne der WHO zur Unterstützung der Länder aufgenommen werden sollen. Diese Pläne bauen auf den CCS auf und sind mit diesen verknüpft. Sie berücksichtigen nationale Gesundheitspolitik, Strategien und Pläne sowie die Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen, soweit diese auf Länderebene vorhanden sind. Zudem wird das GPW 13 gewährleisten, dass der Agenda 2030 für nachhaltige

---

<sup>12</sup> Belgien, Malta, Portugal, die Russische Föderation, die Schweiz und Zypern. Derzeit werden neue CCS mit Israel und der Türkei ausgearbeitet.



Entwicklung und dem Verfahren für die Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen auf Länderebene mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird.

### **Programmhaushalt 2020–2021**

87. Ein zentraler Aspekt des Programmhaushalts 2020–2021 ist, dass die Länder selbst ihre Prioritäten identifizieren, und eine entsprechende Prioritätenliste kommt nun zur Anwendung, um einen globalen und regionsweiten Aktionsplan auszuarbeiten. Das Regionalbüro arbeitet abteilungsübergreifend und gemeinsam mit den Länderbüros, um den Programmhaushalt 2020–2021 in einen operativen Plan umzuwandeln. Unter Berücksichtigung dieser Prioritäten ist das Regionalbüro dabei, das Betriebsmodell für die Länder für den Zeitraum 2020–2021 fertigzustellen, das mehr Kernbelegschaft und mehr fachliche Bedienstete in gestärkten Länderbüros sowie an länderübergreifenden Dienstorten vorsieht, um den Mehrbedarf decken zu können.

### **Mittelbeschaffung und -zuweisung**

88. Es erfordert Ressourcen, den Ländern fachliche Hilfe und Unterstützung zu gewähren. Wo keine Ressourcen verfügbar sind, ist die Mobilisierung neuer Ressourcen entscheidend zur Sicherung der finanziellen Mittel für die vorrangigen Arbeitsbereiche, auf die sich die leitenden Organe der Organisation verständigt haben oder die mit den Regierungen vereinbart worden sind. Dies ist Teil der allgemeinen Strategie der Organisation für die Mobilisierung von Finanzmitteln. In diesem Zusammenhang soll ein Kernteam im Hauptbüro die Koordination übernehmen, während es in den Regionalbüros und ausgewählten Länderbüros von Mitarbeitern des Bereichs Öffentlichkeitsarbeit unterstützt wird. In der Zwischenzeit wird versucht, die innerhalb eines Landes vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv zu verwenden oder Ressourcen aus Nachbarländern oder anderen Ländern zu mobilisieren.

89. Außerdem werden die Mitgliedstaaten weiterhin aufgefordert, selbst Ressourcen zu mobilisieren, um anderen Ländern im Rahmen von multilateralen Konzepten zu helfen. Solche Ansätze werden vom Regionalbüro gefördert, da sie sich in den letzten Jahren als sehr erfolgreich erwiesen haben. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen der WHO und jenen Mitgliedstaaten, die personelle und finanzielle Ressourcen zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme investieren wollen, bezüglich derer sie beträchtliche Erfahrung und Fachwissen besitzen, wird das Regionalbüro auf Ebene der Länder eine größere Reichweite und höhere Wirksamkeit erzielen.

90. Auf Ebene der Länder waren die für BCA vorgesehenen Haushaltsmittel schon immer soweit wie möglich auf die Prioritäten der jeweiligen Mitgliedstaaten abgestimmt. Der regionsweite Haushalt umfasst die Prioritäten sämtlicher Länder (sowohl jener, die eine BCA abgeschlossen haben, und jener ohne eine solche Vereinbarung), und die Aktivitäten des Regionalbüros sind daher mit den für die BCA vorgesehenen Haushaltsmitteln verwoben. Auf der Ebene der Organisation wurde die Zuweisung flexibler Mittel auf die Programmbereiche ausgerichtet, denen die Mitgliedstaaten die höchste Priorität einräumen. Die frühzeitige Erstellung von Arbeitsplänen ermöglicht die Kontinuität von Programmen von einem Zweijahreszeitraum zum nächsten und führt dadurch zu mehr Effizienz in der Verwendung verfügbarer Finanzmittel.

91. Zur Verbesserung der Vorhersehbarkeit und Transparenz bei der Zuweisung flexibler Mittel auf der Länderebene hat das Regionalbüro bei der Verteilung seiner Mittel das Konzept

der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität angewandt. Dieser Ansatz ist bedarfsorientiert und Beschlüsse über die Mittelzuweisung werden klar erläutert. 75% der Mittel wurden zu Beginn des aktuellen Zweijahreszeitraums vergeben, und die verbleibenden 25% wurden bei einer zufriedenstellenden Umsetzung von flexiblen Mitteln und freiwilligen Beiträgen unter Berücksichtigung des Bedarfs auf der Länderebene verteilt.

92. Das Regionalbüro analysiert potenzielle Synergieeffekte und die laufenden Kooperationsvereinbarungen mit anderen Partnern, um den Zuweisungsprozess bei gleichzeitig effizientem Einsatz der Mittel voranzubringen. Gegenwärtig bestehen Rahmenvereinbarungen zwischen der WHO und Deutschland, Frankreich und den Niederlanden, denen zufolge dem Regionalbüro ein bestimmter Betrag der Partnerschaftsmittel zugewiesen werden muss – üblicherweise nach der Vereinbarung gemeinsamer Prioritäten. Die Partnerschaftsabkommen mit Frankreich und den Niederlanden wurden vor einigen Jahren geschlossen. Das erste Partnerschaftsabkommen mit den Niederlanden aus dem Jahr 2005 stärkte die Beziehungen zwischen dem Gesundheitsministerium, anderen niederländischen Einrichtungen und dem Regionalbüro. Darüber hinaus brachte es dringend benötigte Finanzmittel ein, die etwa dazu beitrugen, das Programm für die primäre Gesundheitsversorgung, das Programm für antimikrobielle Resistenz und die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative im Regionalbüro aufzubauen. Der französische Beitrag gemäß der bestehenden Rahmenvereinbarung half jahrelang bei der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in Osteuropa und unterstützte zuvor andere wichtige Initiativen wie das SEEHN. Das erste mehrjährige Partnerschaftsabkommen mit Deutschland wurde im Jahr 2018 unterzeichnet (alle vorherigen Abkommen waren jährliche Abkommen gewesen). Zu den weiteren Mitgliedstaaten in der Region, die in der Vergangenheit über Rahmenvereinbarungen mit der WHO verfügten oder derzeit über solche verfügen, zählen Luxemburg, Norwegen, Schweden und das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland.

## **Die Auswirkungen der Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen auf Länderebene**

93. Das Regionalbüro hat stets die Notwendigkeit unterstrichen, mit sämtlichen Partnern auf Länderebene zusammenzuarbeiten, insbesondere mit den Schwesterorganisationen der Vereinten Nationen. Die regelmäßige Teilnahme der Regionaldirektorin und anderer leitender Bediensteter des Regionalbüros an Tagungen des Regionalen Teams der Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen führte zu einem zunehmenden Einfluss auf die Arbeit der Ländertteams der Vereinten Nationen auf Länderebene und zunehmender Wirkung in den Ländern, insbesondere durch die Gewährleistung einer größeren Schwerpunktlegung auf Gesundheitsfragen und Determinanten für Gesundheit durch alle Organisationen der Vereinten Nationen. Das Regionalbüro hat thematische Zusammenschlüsse auf regionaler Ebene angeregt und diese eingerichtet. Hierbei übernimmt eine Organisation die Federführung, während andere Organisationen Unterstützung bieten. Bislang wurden fünf dieser Zusammenschlüsse eingerichtet, von denen sich eine dem Thema der primären Gesundheitsversorgung widmet. Weitere Themen umfassen nichtübertragbare Krankheiten, HIV/Aids, Migration und den Zugang zu Arzneimitteln. Darüber hinaus ist die WHO maßgeblich an den Bemühungen zur Verwirklichung der SDG beteiligt, bei denen der (von zehn Organisationen unterstützte) Globale Aktionsplan für ein gesundes Leben und Wohlergehen für alle Menschen eine zentrale Rolle spielt. Die Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen ist eng mit der Umsetzung dieses Aktionsplans verbunden. Entsprechend dem Mandat der WHO ist es das Ziel

des Regionalbüros dafür zu sorgen, dass Gesundheit einen noch höheren Stellenwert in den Kooperationsrahmen der Vereinten Nationen für die nachhaltige Entwicklung (UNSDCF) einnimmt – dem Mechanismus der Vereinten Nationen für ressortübergreifende Zusammenarbeit.

94. Die WHO und ihre Länderbüros haben bereits eine zentrale Führungsrolle bei der Ausarbeitung und Umsetzung der UNSDCF gespielt und so sichergestellt, dass Gesundheit und die gesundheitsbezogenen SDG ausreichende Berücksichtigung in den UNSDCF finden. Dies war der Fall in den letzten drei Jahren, denn alle 18 in der Europäischen Region gültigen UNSDCF wurden erneuert. Drei Länder (Albanien, Kirgisistan und Montenegro) nehmen an dem Programm „Einheit in der Aktion“ teil. Bosnien und Herzegowina und die Republik Moldau haben die meisten Säulen des Programms eingeführt. Zahlreiche Länder beteiligen sich an dem Programm „One UN“. Die WHO ist in 22 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region an themen- bzw. ergebnisbezogenen Arbeitsgruppen der Vereinten Nationen im Bereich Gesundheit beteiligt.

95. Die WHO begrüßt die Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen und das neue System der Residierenden Koordinatoren der Vereinten Nationen (UNRC) und freut sich auf deren vollständige Umsetzung. Eine Verbindung zu den Länderteams der Vereinten Nationen unter der Federführung des Regionalen Koordinators der Vereinten Nationen wird zweifellos für mehr Ressourcen sorgen – sowohl personelle als auch finanzielle –, um Gesundheitsthemen anzugehen. Die Repräsentanten der WHO als feste Mitglieder dieser Teams können zwar die Richtung für die diesbezügliche Arbeit vorgeben, werden diese jedoch nicht unbedingt auch unmittelbar umsetzen. Der koordiniertere Ansatz der Länderteams der Vereinten Nationen unter der Federführung des UNRC wird daher voraussichtlich zur Stärkung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit auf Länderebene führen und die WHO wird diese Bemühungen unterstützen. Zudem wird die Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen der WHO einen besseren Zugang zu anderen Ressorts als dem Gesundheitswesen auf Länderebene verschaffen.

96. Es gibt jedoch einige Herausforderungen, die es zu beseitigen gilt, damit die WHO ihre normative Funktion wahren kann. Zwar erkannte die Stellvertretende Generalsekretärin der Vereinten Nationen, Amina Mohammed, während der Tagung der Globalen Leitungsebene der WHO die Rolle der WHO als Organisation mit normativen Aufgaben an, doch kann die WHO die Aufrechterhaltung ihrer normativen Funktion nur gewährleisten, sofern den WHO-Repräsentanten ein fortwährender Zugang zu verschiedenen Regierungsebenen gewährt wird, und zwar nicht allein durch die UNRC. Auch wenn die Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen ein laufender Prozess ist, bedarf es doch weiterer Klärung hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung von personellen und finanziellen Ressourcen durch die unterschiedlichen Organisationen (es muss beispielsweise klargestellt werden, wie die WHO sich an der Zusammenarbeit beteiligen und dennoch ihre eigenen Ressourcen schützen kann), hinsichtlich der zweifachen Verantwortlichkeit der Repräsentanten der WHO – namentlich gegenüber dem UNRC und dem Regionaldirektor der WHO – sowie hinsichtlich der verschiedenen Planungszyklen von zweijährigen Kooperationsvereinbarungen, Länder-Kooperationsstrategien und Plänen zur Unterstützung der Länder der WHO einerseits und den UNSDCF andererseits. In der Europäischen Region verfügen lediglich 17 Länder über eine Präsenz im Rahmen von UNSDCF bzw. dem UNRC.

97. In den meisten Fällen ist die Finanzierung der Länderarbeit nicht ausreichend, um die gesundheitspolitischen Prioritäten der Länder in Angriff zu nehmen. Deshalb sind die Länderbüros zur Erfüllung der Erwartungen und Bedürfnisse in den Ländern entscheidend auf

die Mittelbeschaffung angewiesen. Das Verfahren zur Reform des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen ist ein Schritt in die richtige Richtung, um sicherzustellen, dass die Länderteams der Vereinten Nationen zusammen an gemeinsamen Gesundheitsthemen arbeiten und hierfür ihre begrenzten Ressourcen bündeln, es gibt jedoch weiterhin Klarstellungsbedarf in Bezug auf Mandate, Verantwortlichkeiten und die gemeinsame Nutzung dieser Ressourcen auf Länderebene.

## **Fazit**

98. In Einklang mit der ursprünglichen Vision der Regionaldirektorin aus dem Jahr 2010, wie sie im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ klar formuliert wurde, und in vollständiger Übereinstimmung mit dem GPW 13 und dem Programmhaushalt 2020–2021 ist das Regionalbüro gut aufgestellt, um die Länder weiterhin in den Mittelpunkt seiner Arbeit zu stellen. Darüber hinaus legt das GPW 13 die Richtung für alle Ebenen der Organisation fest und gewährleistet so, dass Mittel und Bemühungen wirksamer auf die Ebene der Länder ausgerichtet sind. Die enge Zusammenarbeit mit den Ländern und in den Ländern ist eine Selbstverständlichkeit für das Regionalbüro, doch die durch den Umgestaltungsprozess bedingten strategischen Verschiebungen und Veränderungen werden sicherstellen, dass die Arbeitsweise auf allen drei Ebenen der WHO und in allen Regionalbüros klar aufeinander abgestimmt wird.

= = =