



EUROPA

**WHO-Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

Punkt 6 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/Inf.Doc./1

17. Juni 2005

53701

ORIGINAL: ENGLISCH

**Die Strategie des Regionalbüros der WHO zu
den Millenniums-Entwicklungszielen in Europa**

Im Kampf gegen die Armut und ihre globalen Folgen haben alle Länder auf der Welt die Millenniums-Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals* – MDG) beschlossen. Dieses Dokument soll einen Überblick darüber geben, wie die MDG in der Europäischen Region der WHO besser erreicht werden können. Dazu sollen die mit ihrem Erreichen verbundenen Chancen und Probleme unter strategischen Gesichtspunkten überprüft werden. Das Dokument sollte im Zusammenhang mit anderen, dem Regionalkomitee vorgelegten Dokumenten gelesen werden, insbesondere mit demjenigen zur Stärkung der Gesundheitssysteme.

Wegen der Formulierung der MDG konzentriert sich das Dokument bis zu einem gewissen Grad auf die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region. Es muss jedoch nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die MDG auch für Länder mit mittlerem Einkommen, obere Kategorie, und Länder mit hohem Einkommen von Bedeutung sind, weil Aufschlüsselungen von Daten auf nationaler Ebene nach Region, Volksgruppenzugehörigkeit, sozialer Klasse und anderen Kategorien isolierte Gebiete erkennbar machen, in denen selbst in Industrieländern die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass die Zielvorgaben erreicht werden. Mit anderen Worten sind die MDG auch für arme Menschen in reichen Ländern relevant. Es werden konkrete Bereiche umrissen, in denen das WHO-Regionalbüro für Europa alle Länder in der Region bei ihren Bemühungen unterstützen kann, die MDG zu erreichen.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung.....	1
Status der Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO	1
Ein höchst komplexer und raschen Veränderungen unterworfener Kontext	1
Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG	2
Ziele der Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa zu den MDG	4
Die vorgeschlagene Reaktion des WHO-Regionalbüros für Europa	4
Strategische Ausrichtung	4
Aufforderung zu neuerlicher Priorisierung der MDG.....	5
Anhang 1 Gesundheit in den Millenniums-Entwicklungszielen	9
Anhang 2 Einige Fakten zu den MDG in der Europäischen Region.....	11
Literatur	17

Einführung

1. Am Millenniums-Gipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2000 nahmen Vertreter von 189 Ländern sowie 147 Staats- und Regierungschefs teil. Sein wichtigstes Ergebnis war die Verabschiedung der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen mit konkreten Verpflichtungen und Handlungsgrundsätzen in zentralen Bereichen wie Frieden, Menschenrechten, Demokratie, Sicherheit, Umweltschutz und guter Regierungsführung (1). Acht der 18 Zielvorgaben und 18 der 48 Indikatoren betreffen unmittelbar Gesundheitsthemen (Anhang 1 enthält eine tabellarische Übersicht). Der Umstand, dass Ziel 2 (Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung) und Ziel 3 (Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Ermächtigung der Frau) nicht mit gesundheitlichen Messgrößen erfasst werden, weil sie nicht primär der Verbesserung (Förderung, Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung) von Gesundheit gelten, sollte ihre Bedeutung aus einem gesundheitlichen Blickwinkel in keiner Weise schmälern. Alle acht Millenniums-Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals* – MDG) in dem Teil der Erklärung, der sich auf Entwicklung und Armutsbekämpfung bezieht, sind für die Europäische Region relevant.

2. Die WHO richtete im Jahr 2000 parallel zum Beginn des MDG-Prozesses die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit ein und unterstrich damit die Bedeutung von Gesundheit als treibende Kraft von wirtschaftlicher Entwicklung und Armutsbekämpfung. Die Unterstützung der WHO für die Millenniums-Erklärung wurde 2002 auf der Fünfundfünfzigsten Weltgesundheitsversammlung durch Resolution WHA55.19 bekräftigt, und in *The world health report 2003* wurden die Grundsätze herausgestellt, an denen sich die Arbeit der WHO in Bezug auf die MDG orientiert (2). Der Bericht machte deutlich, dass die WHO Länder bei Entwicklungsbemühungen und Anstrengungen auf dem Weg zum Erreichen von Gesundheitszielen mit Relevanz für ihre jeweiligen Umstände und den MDG-Rahmen insgesamt unterstützen wird.

3. Die MDG sind wichtig für die Europäische Region der WHO. Ein Problem, aber auch eine potenzielle Chance für die Region ist ihre wirtschaftliche Heterogenität. Sowohl in den reichsten als auch in den ärmeren Ländern der Region muss der Armut weiterhin Aufmerksamkeit gewidmet werden. Das Nebeneinander von reichen und armen Ländern sowie reichen und armen Menschen in diesen Ländern bietet eine Chance für eine engere Zusammenarbeit bei der Armutsbekämpfung und der Lösung wichtiger Gesundheitsprobleme.

Status der Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO

Ein höchst komplexer und raschen Veränderungen unterworfenen Kontext

4. Grundlage des Ansatzes zu den MDG in der Europäischen Region muss das Bewusstsein für ihre konkrete und recht komplexe Situation sein. Einige der wichtigsten Merkmale werden im Folgenden aufgelistet:

- Etwa die Hälfte der Region hat in den letzten 15 Jahren nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion und den militärischen Konflikten auf dem Balkan, im Kaukasus und in einigen der zentralasiatischen Republiken große wirtschaftliche Umbrüche durchlaufen. Trotz einer hohen Alphabetisierung hat die Armut beträchtlich zugenommen. Diese Situation ist kaum vergleichbar mit der zu irgendeinem anderen Zeitpunkt in der Region in den letzten Jahrzehnten.
- In diesen Ländern wurde der Zugang zu effektiver Gesundheitsversorgung durch eine gestörte Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme behindert. Im Anschluss daran kam es in manchen Fällen zur Abwanderung von qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen in beträchtlichem Umfang. Dies hat die bereits gravierenden Auswirkungen der Armut und der damit zusammenhängenden Gesundheitsdeterminanten auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung weiter verschärft.

- Wenngleich einige Länder mit niedrigem Einkommen in der Region mit ähnlichen Problemen der öffentlichen Gesundheit konfrontiert sind wie andere Länder mit niedrigem Einkommen auf der Welt, weisen ihre Krankheitslast und ihre Probleme der öffentlichen Gesundheit infolgedessen ein deutlich unterschiedliches Muster auf, bei dem auf nicht übertragbare Krankheiten und Unfälle ein großer Teil der Krankheitsbelastung entfällt. Dies führt dazu, dass einige Länder mit niedrigem Einkommen in der Region eine der weltweit höchst Sterberaten bei Erwachsenen verzeichnen – mit entsprechenden Folgen, was die Armut von Familien und Kindern betrifft.
- In den letzten Jahren haben große geopolitische Neuordnungen stattgefunden, die die Konfiguration der Region beträchtlich verändert haben (beispielsweise eine rasche Zunahme der Zahl der Länder in den 1990er Jahren und die Erweiterung der Europäischen Union in den 2000er Jahren). Infolgedessen umfasst die Europäische Region der WHO derzeit 4 Länder mit niedrigem Einkommen, 15 Länder mit mittlerem Einkommen, untere Kategorie, 8 Länder mit mittlerem Einkommen, obere Kategorie, und 25 Länder mit hohem Einkommen.

Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG

5. Die Messung von Fortschritten auf dem Weg zum Erreichen der MDG wirft eine Reihe ernster methodologischer Fragen auf. Erstens stellt sich das Problem der Messung *per se* und der Verfügbarkeit zuverlässiger Daten, weil nur sehr wenige Gesundheitssysteme in der Region über solche Informationen verfügen. Zur Überwachung der MDG in allen 52 Ländern der Region müsste für jeden Mitgliedstaat und den gesamten für die MDG festgelegten Zeitraum die nachstehende Tabelle ausgefüllt werden (die einzelnen Gesundheitsindikatoren (GI) sind Anhang 1 zu entnehmen).

Tabelle 1

	GI 4	GI 5	GI 13	HI14	GI 15	GI 16	GI 17	GI 18	GI 19	GI 20	GI 21	GI 22	GI 23	GI 24	GI 30	GI 31	GI 46
Land X																	

6. Das Vorhaben, die Tabelle für das letzte Jahrzehnt und die Zeit danach auszufüllen, um eine Ausgangsbasis für Vergleiche zu erhalten, ist mit der zusätzlichen Schwierigkeit verbunden, Daten für Länder aufzuschlüsseln, die es 1990 bis 1991 noch nicht gab (beispielsweise sollten sich beim ehemaligen Jugoslawien die Daten auf das Jahr der Unabhängigkeit beziehen, für Bosnien und Herzegowina also auf 1995, unmittelbar nach Kriegsende).

7. Zweitens stellt sich die Frage, wie Armut relativ gemessen werden kann (in Anhang 2 zu MDG 1 wird darauf näher eingegangen).

8. Unter Berücksichtigung dieser Vorbehalte ergibt ein flüchtiger Blick auf die MDG in der Region das folgende Bild:

- *Ziel 1: Beseitigung der extremen Armut und des Hungers*
In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Europäischen Region hat die Armut drastisch zugenommen (schneller als in jeder anderen Region im Verlauf der 1990er Jahre) und stellt selbst in den reichsten Ländern der Region nach wie vor ein Problem dar. Wenngleich wie erwähnt die Daten in vielen Ländern unzureichend sind, lassen die beschränkten Angaben zur Armut, die verfügbar sind, darauf schließen, dass mehrere Länder die Ziele wahrscheinlich nicht erreichen werden.
- *Ziel 2: Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung*
Die meisten Länder in der Region haben den allgemeinen Besuch der Grundschule verwirklicht oder sind auf gutem Weg dazu. In einer Reihe von Ländern in Zentralasien, im Kaukasus und auf dem Balkan verharret die Entwicklung jedoch auf dem Status quo oder ist sogar rückläufig. Dort bleibt noch viel zu tun, um den Zugang und die Qualität zu verbessern. Dieses Ziel hat keinen unmittelbaren Gesundheitsbezug.

- *Ziel 3: Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Ermächtigung der Frau*
In einem großen Teil der Region bildet mangelnde Gleichstellung der Geschlechter in der Grundschule kein Problem. Einige Länder verzeichnen bei Jungen eine höhere Schulabbruchquote als bei Mädchen. Insgesamt besteht in der Europäischen Region eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass das Ziel der Gleichstellung der Geschlechter erreicht wird, als in anderen Regionen. Dieses Ziel hat keinen unmittelbaren Gesundheitsbezug.
 - *Ziel 4: Senkung der Kindersterblichkeit*
Die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren ist langsam zurückgegangen, aber mehrere Länder in der Region, insbesondere in Zentralasien und im Kaukasus, stehen in diesem Bereich noch vor beträchtlichen Herausforderungen. Ein schwerwiegendes Problem in vielen Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) ist auch hier das System der Datenerfassung.
 - *Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern*
Mehrere Länder werden die angestrebte Verringerung der Müttersterblichkeit um 75 % wahrscheinlich nicht erreichen. Es ist auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass in einigen Ländern hohe Müttersterblichkeitsraten in bestimmten Regionen oder bei benachteiligten sozialen Gruppen durch niedrigere Werte auf nationaler Ebene verschleiert werden können.
 - *Ziel 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten*
Angesichts der Tatsache, dass die Zahl der Erkrankten in Osteuropa und Zentralasien in weniger als zehn Jahren um das Neunfache zugenommen hat, stellt HIV/Aids eine gravierende Bedrohung der öffentlichen Gesundheit dar. Nach einem vierzigjährigen stetigen Rückgang kam es in der Region in den 1990er Jahren zu einem Wiederaufflammen der Tuberkulose. Sie ist jetzt in vielen Ländern als schwerwiegendes Problem einzustufen. Mehr als die Hälfte der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region werden dieses Ziel wahrscheinlich nicht erreichen.
 - *Ziel 7: Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit*
Die größten Schwierigkeiten auf dem Weg, die ökologischen Zielvorgaben zu erreichen, liegen in den Bereichen Wasserversorgung und Abwasserentsorgung. Wenngleich sehr hohe Prozentsätze der Bevölkerung ausweislich offizieller Daten Zugang zu verbesserter Wasserversorgung und sicherer Abwasserentsorgung haben, gibt es Belege, dass insbesondere die Wasserqualität nach wie vor ein ernstes Problem ist und von ihr für viele Menschen eine große gesundheitliche Gefährdung ausgeht.
 - *Ziel 8: Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft*
Neuere Sichtungen auf globaler Ebene haben ergeben, dass die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG bislang sehr ungleichmäßig ausfallen. Dies trifft auch für die Europäische Region zu. Die internationale Gemeinschaft muss deshalb die Entwicklungsanstrengungen auf eine solidere Grundlage stellen. Trotz offensichtlichen Bedarfs erhält die Europäische Region von allen Regionen weltweit die geringste öffentliche Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke (Anhang 2 enthält die entsprechenden Daten).
9. Es sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die obenstehende Auswertung die Aufmerksamkeit primär auf die Länder mit niedrigem Einkommen und mit mittlerem Einkommen, untere Kategorie, in der Region lenken könnte, wohingegen die Länder mit mittlerem Einkommen, obere Kategorie, und mit hohem Einkommen auf nationaler Ebene die meisten MDG-Zielvorgaben bereits erreicht haben oder sie wahrscheinlich erreichen werden. Selbst wenn dem so ist, sind die MDG wie bereits erwähnt, für Letztere dennoch von Bedeutung, weil nationale Daten große Unterschiede innerhalb von Ländern verschleiern können. Das Regionalbüro fordert die Mitgliedstaaten hiermit auf, sich mit diesem Problem auseinander zu setzen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen: Die MDG stellen einen nützlichen Bezugsrahmen für die nationalen Behörden, die Zivilgesellschaft und die internationale Gemeinschaft in der gesamten Europäischen Region dar.

Ziele der Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa zu den MDG

10. Die gesundheitsbezogenen Ziele betreffen sowohl Problembereiche, in denen die Mitgliedstaaten Schwierigkeiten hatten, als auch Bereiche, in denen Fortschritte erzielt wurden. Die beschränkten Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG machen deutlich, dass nicht genügend Mittel bereitgestellt und eingesetzt wurden. Es setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass die MDG nur erreicht werden können, wenn die Ressourcen für gesundheitliche Zwecke signifikant gesteigert werden (3). Die Durchführung wichtiger globaler Gesundheitsinitiativen und das Erreichen der MDG werden auch durch Beschränkungen der Gesundheitssysteme erschwert (4). In einer neueren WHO-Studie (5) wurde dringend eine Erweiterung der Kapazität der Gesundheitssysteme zur Lösung von Armutproblemen auf Länderebene gefordert. Der Studie zufolge könnte diese zusätzliche Kapazität genutzt werden, um: a) zu untersuchen, warum die bestehenden Handlungskonzepte und Praktiken gefährdete Gruppen oft nicht erreichen, und b) diese Handlungskonzepte so zu verändern, dass bessere Gesundheitsergebnisse für die Armen erreicht werden. Gesundheitssysteme mit einer größeren Kapazität würden auch dazu beitragen, Bemühungen der Geber zu stärken, die auf eine Harmonisierung der Anstrengungen zum Erreichen der MDG zielen.

11. In diesem Kontext sind die Ziele dieser vorgeschlagenen Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa zu den MDG die folgenden:

- den Mitgliedstaaten zu helfen, bei den Maßnahmen in ihren eigenen Ländern und anderenorts in Europa das Erreichen der MDG als prioritäre Aufgabe einzustufen,
- den Ansatz des Regionalbüros zu den MDG zielgerichtet weiterzuentwickeln, um den Ländern konkretere Hilfe bei ihren Anstrengungen zum Erreichen der MDG bieten zu können und
- den Mitgliedstaaten als wichtigen Beitrag zu den vorstehenden zwei Zielen eine kontinuierliche dynamische Einschätzung der erzielten Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG anzubieten.

Die vorgeschlagene Reaktion des WHO-Regionalbüros für Europa

Strategische Ausrichtung

12. Im September 2000 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee für Europa die Resolution EUR/RC50/R5, in der es die europäische Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ mit den folgenden Aufgaben bestätigte: i) Jeder Mitgliedstaat sollte entsprechend seinen Bedürfnissen einschlägige Dienste erhalten, einschließlich humanitärer Hilfe, falls erforderlich; ii) dies sollte durch die Stärkung von Gesundheitspartnerschaften mit den vielen, in den Ländern tätigen internationalen Organisationen (der Europäischen Union, der Weltbank, UN-Organisationen wie dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, dem UN-Entwicklungsprogramm, dem UN-Bevölkerungsfonds und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen) sowie Organisationen der Zivilgesellschaft geschehen; und iii) dies sollte durch fachliche Unterstützung gefördert werden, um den Ländern bei der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitssysteme und Gesundheitsprogramme zu helfen. Wenig später formulierte das Regionalbüro sein Ziel wie folgt: „die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, dem Aufbau ihres Gesundheitssystems und von Gesundheitsprogrammen, bei der Verhütung und Überwindung von gesundheitlichen Gefährdungen, der Vorwegnahme künftiger Herausforderungen und als Fürsprecher der öffentlichen Gesundheit zu unterstützen“.

13. Es bestehen deshalb klare Beziehungen zwischen den MDG und den Grundlagen der Länderstrategie des Regionalbüros, die sich darauf konzentrierte, die Organisation anzupassen, um den Bedürfnissen der östlichen und westlichen Mitgliedstaaten besser gerecht werden zu können und gleichzeitig die programmatische Arbeit zu den MDG so intensiv wie möglich fortzuführen. Das Jahr 2005 markiert das Ende des ersten Drittels des ursprünglichen Zeitrahmens für die MDG von 2000 bis 2015 und deckt sich mit dem Beginn der neuen Amtszeit des Regionaldirektors. Das Büro wird deshalb den

Akzent noch stärker auf das Erreichen der MDG legen und zu diesem Zweck seinen ureigenen Ansatz weiterverfolgen, der sich durch folgende Elemente auszeichnet:

- maßgeschneiderte Länderarbeit,
- Aktivitäten zur Stärkung von Gesundheitssystemen,
- zielgerichtete fachliche Interventionen in den für die MDG relevanten Bereichen und
- Partnerschaft zwischen allen internationalen und nationalen Organisationen.

14. Das Regionalbüro möchte vor allem die nationale Akzeptanz der MDG gewährleisten, mit einem besonderen Akzent auf der Verbesserung der Situation gefährdeter Gruppen auf Länderebene. Wie jedoch *The world health report 2003* zeigt, dürfen die Nutzung der Chancen für das Erreichen der gesundheitsbezogenen MDG und die Lösung der damit verbundenen Probleme nicht nur durch individuelle Initiativen verfolgt werden – in Bereichen wie Mutter- und Kindesgesundheit, Eindämmung übertragbarer Krankheiten, HIV/Aids, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung oder Umweltgesundheit (in denen die normative Rolle der WHO zweifellos benötigt wird). Vielmehr bedarf es dazu vor allem eines systematischen und tragfähigen Ansatzes. Dies hat Folgen für Kosten, Investitionen, Personal sowie alle Leitungsfragen und zukünftigen Pläne der WHO in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region. Zum Zweck besserer Koordinierung aller Aktivitäten zu den MDG wurde im Regionalbüro eine spezielle Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern des leitenden Managements, gebildet.

Aufforderung zu neuerlicher Priorisierung der MDG

15. Die MDG liefern dem Büro eine Orientierungshilfe für die Priorisierung seiner Unterstützung für die Mitgliedstaaten im Rahmen seines Gesamtbeitrags zu Gesundheitsentwicklungsstrategien auf Länderebene. Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG erfordern Maßnahmen vonseiten der Mitgliedstaaten, der internationalen Gemeinschaft und des Regionalbüros.

16. Vonseiten der **Länder** bedarf es neuerlicher Anstrengungen zur Weiterentwicklung ihrer Gesundheitssysteme. Dabei sollten sie sich auf zielgerichtete Prioritäten und verbesserte sektorenübergreifende Aktivitäten zugunsten von Gesundheit konzentrieren. Verbesserte Regierungsführung und klarer politischer Wille sind hier die entscheidenden Faktoren. Es wird empfohlen, dass auf Länderebene spezielle Arbeitsgruppen mit dem Auftrag gebildet werden, die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG auf der Basis von Einzelzielsetzungen zu koordinieren.

17. Auf der Seite der **internationalen Gemeinschaft** im Allgemeinen sollte sich die Aufmerksamkeit auf Partnerschaften um ausgewählte fachliche Maßnahmen richten, die jedem Land helfen sollten, sein eigenes Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Diesbezüglich sind in manchen Ländern nationale Planungsrahmen – so genannte Strategiedokumente zur Armutsbekämpfung (*Poverty Reduction Strategy Papers* – PRSP)¹ ein wichtiges Hilfsmittel. Seit Beginn des MDG-Prozesses hat etwa ein Dutzend europäischer Länder mit mittlerem Einkommen, untere Kategorie, und niedrigem Einkommen solche Dokumente erstellt.

18. Die Rolle des **Regionalbüros** bei der Unterstützung der Länder auf dem Weg zum Erreichen der MDG wird als praktische Anwendung der Länderstrategie gegenüber den Mitgliedstaaten durch einen auf mehrere Jahre angelegten Plan (anfänglich fünf Jahre von 2005 bis einschließlich 2009) strukturiert. Dieser enthält folgende Elemente:

- Konzentration der Anstrengungen auf ausgewählte Prioritäten, auf die sich die WHO und der jeweilige Mitgliedstaat gemeinsam geeinigt haben (ggf. in den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen und über andere Mechanismen) – dazu zählen Schulungs- und Fortbildungsangebote

¹ Länder, die über die Armutsbekämpfungs- und Wachstumsfazilität (*Poverty Reduction and Growth Facility* – PRGF) Kredite zu Vorzugsbedingungen oder im Rahmen der Initiative für die hochverschuldeten armen Länder eine Schuldenerleichterung erhalten möchten, müssen PRSP erstellen.

sowie die Weitergabe von erfolgreichen Beispielen und Know-how zu diversen Aspekten der MDG einschließlich ihrer Verknüpfungen zu den Gesamtkonzepten für die öffentliche Gesundheit in Europa,

- Zusammenarbeit mit allen Mitgliedstaaten (in einem Unterfangen unter Führung des zentralen WHO-Büros in dem jeweiligen Land, falls zuständig) und effiziente Verwaltung höherer Budgets für die Länderarbeit mit einem besonderen Schwerpunkt auf die MDG,
- partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Institutionen sowie
- Durchführung sorgfältig ausgewählter, wirksamer und zielgerichteter technischer Interventionen, um den Mitgliedern bei der Weiterentwicklung ihrer eigenen Gesundheitssysteme zu helfen.

19. Die Stärkung nationaler Gesundheitssysteme verdient besondere Erwähnung. In einem kürzlich veröffentlichten Aufsatz war zu lesen: „Für viele prioritäre Gesundheitsprobleme existieren wirksame Interventionen. ... Die Preise fallen, und die Mittel nehmen zu. Die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der beschlossenen Gesundheitsziele stellen sich jedoch nur langsam ein. Es herrscht zunehmend Einigkeit, dass leistungsstärkere Gesundheitssysteme der Schlüssel zu verbesserten Gesundheitsergebnissen sind.“ (6).

20. Die technische Zusammenarbeit des Regionalbüros mit den Ländern wird folglich intensiviert werden, um die Gesundheitssysteme gemäß den obigen Ausführungen insgesamt zu stärken. Außerdem werden das Büro in seiner Gesamtheit und insbesondere die Länderbüros in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen in der Region ihre Aktivitäten in diesem Bereich weiter intensivieren und gemeinsam mit jedem Mitgliedstaat sorgfältig untersuchen, in welcher Wechselbeziehung die MDG in jedem konkreten Kontext zueinander stehen. Beispielsweise werden die Säuglings- und Müttersterblichkeit nicht nur durch die Einführung bestimmter Interventionen in den Bereichen der Mutter- und Kindesgesundheit abnehmen, sondern auch durch die Übernahme eines Querschnittsansatzes zu Gesundheitssystemen. Dieser könnte sich beispielsweise auf Verbesserungen der primären Gesundheitsversorgung durch Schulung und Fortbildung der Ärzteschaft und in Krankenhäusern durch qualitativ bessere Dienstleistungen sowie auf Finanzierungsmechanismen zur Verbesserung des Zugangs der Armen zu wichtigen Dienstleistungen konzentrieren. Alle diese Ansätze werden zusammengekommen zum Erreichen der MDG beitragen.

21. Transparente Überprüfung der MDG ist der Hauptvorschlag, den das Regionalbüro den Mitgliedstaaten anbietet, um seine Anstrengungen mit denen aller Partner und Geber abzustimmen. Den Grundpfeiler dieses Vorschlags bildet der nachstehend beschriebene Überprüfungsmechanismus.

- Das Regionalbüro wird weiterhin alle Länder in der Region bei der Schaffung von Kapazität unterstützen, um Informationen zu sammeln, zu analysieren und – was am wichtigsten ist – danach geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Die konkrete Zusammenarbeit in diesem Bereich wird sich darauf konzentrieren, die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der gesundheitsbezogenen MDG anhand der einzelnen Ziele und Zielvorgaben zu überwachen und Ergebnisse zu messen.
- Die WHO-Länderbüros werden mit geeigneter Unterstützung des Regionalbüros und der Zentren mehr Aufmerksamkeit darauf verwenden, die verfügbaren Daten zu sammeln. Darüber hinaus werden sie die Gesundheitsministerien und andere Behörden bei der Erfassung und vorläufigen Validierung dieser Daten unterstützen.
- Im Regionalbüro (Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation) wird der Schwerpunkt auch darauf gelegt werden, qualitativ hochwertige, aufgeschlüsselte Daten bereitzustellen, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten und Unterschiede innerhalb von Ländern und damit zusammenhängende Probleme zu erfassen, die dazu beitragen könnten, die Unterstützung, die die Länder vom Büro erhalten, besser zu fokussieren. Auch dies sollte Ziel für Ziel und Zielvorgabe für Zielvorgabe geschehen.

22. Auf der globalen Ebene wird die WHO zu 17 der 18 gesundheitsbezogenen MDG-Indikatoren Rückmeldungen liefern. Wie in *The world health report 2003* dargelegt, werden die WHO und ihre Regionalbüros die MDG-Indikatoren überwachen. Gleiches gilt für wichtige zusätzliche Gesundheitsindikatoren zu den Bereichen der öffentlichen Gesundheit, die konkrete Fortschritte eines Landes im Hinblick auf ein bestimmtes gesundheitsbezogenes MDG (oder das Fehlen derselben) besser im jeweiligen Kontext erfassen können.

23. Die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der MDG in allen 52 Ländern der Europäischen Region der WHO im Zeitraum von 1990 bis 2010 werden überwacht und den Mitgliedstaaten regelmäßig in Form von Tabelle 1 weiter oben präsentiert werden. Für 1990 bis 1991, 2000 und 2005 (oder für das jüngste verfügbare Jahr) und auf einer jährlichen Grundlage für die Zeit danach werden geeignete Daten gesammelt werden müssen.

24. Für dieses wichtige Vorhaben wird die Unterstützung jedes Einzelnen benötigt.

Anhang 1

Gesundheit in den Millenniums-Entwicklungszielen

Gesundheitsziele		Gesundheitsindikatoren	
ZIEL 1: BESEITIGUNG DER EXTREMEN ARMUT UND DES HUNGERS			
Zielvorgabe 1	Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der Menschen halbieren, deren Einkommen weniger als 1 Dollar pro Tag beträgt		
Zielvorgabe 2	Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der Menschen halbieren, die Hunger leiden	4. Prävalenz des Untergewichts bei Kindern unter fünf Jahren	5. Anteil der Bevölkerung unter dem Mindestniveau des Nahrungsenergieverbrauchs
ZIEL 2: VERWIRKLICHUNG DER ALLGEMEINEN GRUNDSCHULBILDUNG			
Zielvorgabe 3	Bis zum Jahr 2015 sicherstellen, dass Kinder in der ganzen Welt, Jungen wie Mädchen, eine Grundschulbildung vollständig abschließen können		
ZIEL 3: FÖRDERUNG DER GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER UND ERMÄCHTIGUNG DER FRAU			
Zielvorgabe 4	Das Geschlechtergefälle in der Grund- und Sekundarschulbildung beseitigen, vorzugsweise bis 2005 und auf allen Bildungsebenen bis spätestens 2015		
ZIEL 4: SENKUNG DER KINDERSTERBLICHKEIT			
Zielvorgabe 5	Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken	13. Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren	14. Säuglingssterblichkeitsrate
		15. Anteil der gegen Masern Schutzgeimpften Einjährigen	
ZIEL 5: VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT VON MÜTTERN			
Zielvorgabe 6	Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel senken	16. Müttersterblichkeitsrate	17. Anteil der von medizinischem Fachpersonal begleiteten Geburten
ZIEL 6: BEKÄMPFUNG VON HIV/AIDS, MALARIA UND ANDEREN KRANKHEITEN			
Zielvorgabe 7	Bis 2015 die Ausbreitung von HIV/Aids zum Stillstand bringen und allmählich umkehren	18. HIV-Prävalenz bei schwangeren Frauen (15- bis 24-Jährige)	19. Anteil der Kondombenutzung innerhalb der kontrazeptiven Prävalenzrate
Zielvorgabe 8	Bis 2015 die Ausbreitung von Malaria und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand bringen und allmählich umkehren	20. Zahl der wegen HIV/Aids verwaisten Kinder	21. Malariaprävalenz und Sterblichkeitsraten im Zusammenhang mit Malaria
		22. Anteil der Bevölkerung in malariagefährdeten Gebieten, der wirksame Malariaverhütungs- und -bekämpfungsmaßnahmen ergreift	23. Tuberkuloseprävalenz und Sterblichkeitsraten im Zusammenhang mit Tuberkulose
		24. Anteil der diagnostizierten und mit Hilfe der ambulanten Kurzzeittherapie DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) geheilten Tuberkulosefälle	
ZIEL 7: SICHERUNG DER ÖKOLOGISCHEN NACHHALTIGKEIT			
Zielvorgabe 9	Die Grundsätze der nachhaltigen Entwicklung in einzelstaatliche Politiken und Programme einbauen und den Verlust von Umweltressourcen umkehren	29. Anteil der feste Brennstoffe nutzenden Bevölkerung	
Zielvorgabe 10	Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu hygienischem Trinkwasser haben	30. Anteil der städtischen und ländlichen Bevölkerung mit nachhaltigem Zugang zu einer besseren Wasserquelle	
Zielvorgabe 11	Bis 2020 eine erhebliche Verbesserung der Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen Slumbewohnern herbeiführen	31. Anteil der städtischen Bevölkerung mit Zugang zu besserer Sanitärversorgung	
ZIEL 8: AUFBAU EINER WELTWEITEN ENTWICKLUNGSPARTNERSCHAFT			
Zielvorgabe 12	Ein offenes, regelgestütztes, berechenbares und nichtdiskriminierendes Handels- und Finanzsystem weiterentwickeln		
Zielvorgabe 13	Den besonderen Bedürfnissen der am wenigsten entwickelten Länder Rechnung tragen		
Zielvorgabe 14	Den besonderen Bedürfnissen der Binnen- und kleinen Inselentwicklungsländer Rechnung tragen		
Zielvorgabe 15	Die Schuldenprobleme der Entwicklungsländer durch Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene umfassend angehen und so die Schulden langfristig tragbar werden lassen		
Zielvorgabe 16	In Zusammenarbeit mit den Entwicklungsländern Strategien zur Beschaffung menschenwürdiger und produktiver Arbeit für junge Menschen erarbeiten und umsetzen		
Zielvorgabe 17	In Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen erschwingliche unentbehrliche Arzneimittel in den Entwicklungsländern verfügbar machen	46. Anteil der Bevölkerung mit dauerhaftem Zugang zu erschwinglichen unentbehrlichen Arzneimitteln	
Zielvorgabe 18	In Zusammenarbeit mit dem Privatsektor dafür sorgen, dass die Vorteile der neuen Technologien, insbesondere der Informations- und Kommunikationstechnologien, genutzt werden können		

Auf der Grundlage von: *Umsetzung der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen (7)*

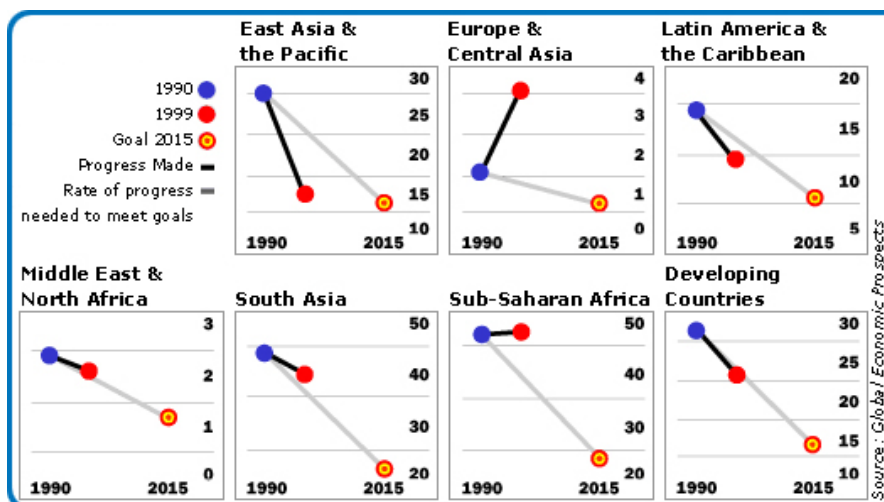
Anhang 2

Einige Fakten zu den MDG in der Europäischen Region

MDG 1: Beseitigung der extremen Armut und des Hungers

Armutstrends seit 1990 zeigen, dass die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region im Durchschnitt einen starken Anstieg der Armutsrate verzeichnen. 1999 war die Region mit ihren Anstrengungen, MDG 1 zu erreichen, bei weitem nicht auf Kurs (siehe Abbildung 1). Bis 2005 hatte sich daran wenig geändert.

Abbildung 1: Die Situation zu Beginn des MDG-Prozesses.
Absolute Armutsraten auf der Grundlage der internationalen Armutsgrenze von 1 US-\$ – Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen des MDG und Aussichten



Quelle: *Millennium Development Goals (8)*

„Europa und Zentralasien“ bezieht sich auf die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region; dabei handelt es sich vorwiegend um Länder in Mittel- und Osteuropa sowie in der GUS.

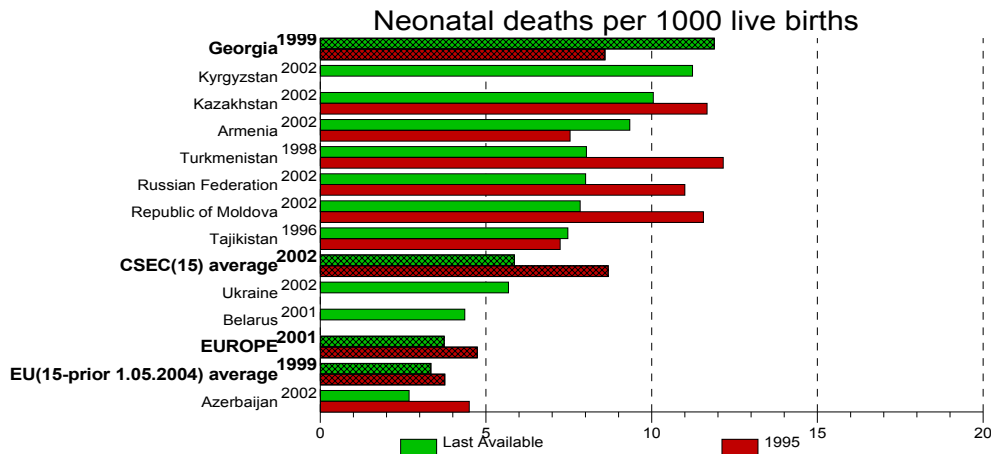
Nicht nur die Trends, sondern auch die Armutsraten (etwa 4 % der Bevölkerung) geben, wenn sie ordnungsgemäß beurteilt werden, Anlass zur Sorge. Die weltweite Schwelle von 1 US-\$ pro Tag, unterhalb derer die Pro-Kopf-Einkommensarmut beginnt, kann für die Europäische Region in Frage gestellt werden, weil in Osteuropa das Klima rau ist und die Bevölkerung mehr für Wohnraum, Heizung, Bekleidung und Ernährung aufwenden muss. In der Region tätige und sich mit ihr befassende Fachleute halten 2,15 oder 4,30 US-\$ für geeignetere Schwellenwerte für die Armutsgrenze. Bei Verwendung dieser Schwellenwerte liegen die aktuellen Armutsraten nahe bei 30 beziehungsweise 64 % (mehr als 90 Millionen oder 210 Millionen Menschen in den Ländern der Europäischen Region, für die neuere Daten verfügbar sind) (9).

Dieses MDG zielt primär auf den Bedarf von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen Armut am verbreitetsten ist. In bestimmten isolierten Gebieten innerhalb bestimmter westlicher Länder, in denen die Armut weiterhin Aufmerksamkeit erfordert, ist es jedoch ebenfalls von Bedeutung.

MDG 4: Senkung der Kindersterblichkeit und MDG 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern

Mehrere Länder in der Region, vor allem in Zentralasien und im Kaukasus, scheinen beträchtliche Schwierigkeiten zu haben, die Kinder- und Müttersterblichkeit zu verringern. Die nachstehende Abbildung zeigt beispielhaft die Sterberaten von Neugeborenen (Zahl der Kinder, die im ersten Monat sterben, pro 1 000 Lebendgeburten).

Abbildung 2: Neonatale Todesfälle 1995 und jüngste verfügbare Daten für ausgewählte Länder in der Europäischen Region



Quelle: Datenbank *European Health for All (10)*

Zusätzlich hat sich herausgestellt, dass Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der Ziele 4 und 5 in einigen Ländern Mittel- und Osteuropas sowie der GUS aufgrund fehlender zuverlässiger Daten schwierig zu ermitteln sind. Höhere Investitionen in Überwachungsaktivitäten und die Verwaltung von Gesundheitsdaten mit einem besonderen Schwerpunkt auf gefährdete oder marginalisierte Gemeinschaften sind Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Messung der Kinder- und Müttersterblichkeitsraten in vielen Ländern mit niedrigem Einkommen in der Region (11).

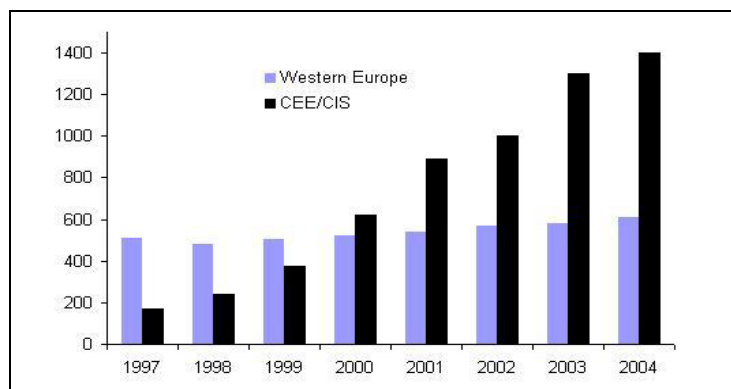
Unzureichende Daten sollten jedoch kein Grund dafür sein, keine Interventionen vorzunehmen. Selbst die niedrigsten verfügbaren Schätzungen der Kinder- und Müttersterblichkeitsraten für manche Länder machen umgehendes Handeln unerlässlich. 2001 verzeichnete beispielsweise Georgien 58,7 Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten, Italien dagegen nur 2,07 (die niedrigste Rate in der Region). Bei gefährdeten Gruppen wie den Roma wird eine höhere Kinder- und Müttersterblichkeit registriert, sodass sie zielgerichtete Interventionen benötigen.

MDG 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten

HIV/Aids stellt eine ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit dar. In Osteuropa und Zentralasien haben die registrierten Fälle in weniger als zehn Jahren um das Neunfache zugenommen, sodass die Zahl der HIV-Infizierten bis Ende 2004 auf schätzungsweise 1,4 Millionen gestiegen war. In der Region wüten mehrere HIV-Epidemien. In der Ukraine, wo erneut ein drastischer Anstieg der gemeldeten Infektionen verzeichnet wird, ist der höchste Anteil der Bevölkerung betroffen, während die in absoluten Zahlen größte Epidemie auf die Russische Föderation entfällt (12). Allgemein wird davon ausgegangen, dass die offiziell registrierten Fälle nur einen Bruchteil der tatsächlichen Infektionen ausmachen. In Abbildung 3 wurden Schätzwerte statt der Zahl der offiziell registrierten Fälle verwendet. Sie zeigt, dass die Region Mittel- und Osteuropa sowie GUS hinsichtlich der geschätzten Zahl der Menschen mit HIV/Aids Westeuropa weit hinter sich gelassen hat.

In Ländern wie Estland, Lettland, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, der Ukraine und Weißrussland, in denen sich HIV sehr rasch ausbreitet, wurde der überwiegende Teil der Infektionen durch infizierte Nadeln beim intravenösen Drogenkonsum übertragen. Es gibt jedoch bereits Anzeichen dafür, dass die Epidemie die allgemeine Bevölkerung erreicht, was ihre Eindämmung erschwert. HIV betrifft in der Region zudem vorwiegend junge Menschen, und zwar in einem noch stärkeren Ausmaß als in anderen Regionen auf der Welt. Wenngleich HIV in anderen Teilen der Region (beispielsweise in Zentralasien) weniger häufig auftritt, gibt es auch dort keinen Anlass für Gleichgültigkeit: Viele der Faktoren, die die Epidemie in den osteuropäischen Ländern verursachten, finden sich auch dort (13).

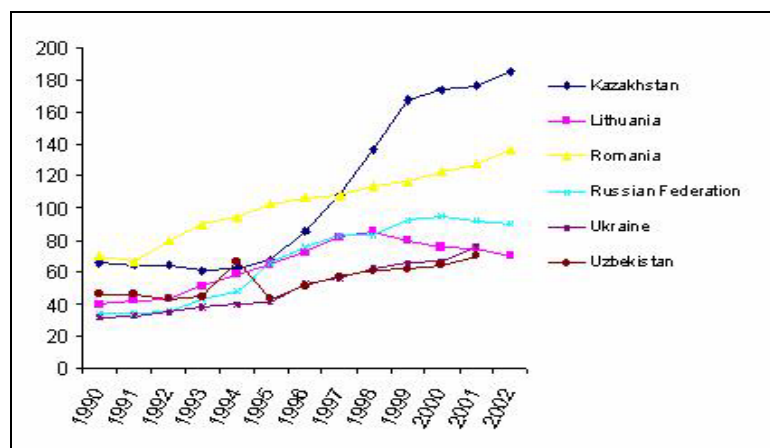
Abbildung 3: Geschätzte Zahl der Menschen in den Ländern Mittel- und Osteuropas, der GUS sowie in Westeuropa, die mit HIV/AIDS leben (in 1.000)



Quelle: *Aids Epidemic Update* (14)

Nach einem stetigen Rückgang über einen Zeitraum von 40 Jahren ist Tuberkulose in der Region in den 1990er Jahren wiederaufgeflammt und stellt heute ein großes und weiter wachsendes Problem dar. Kasachstan, Rumänien, die Russische Föderation, die Ukraine und Usbekistan sind die am stärksten betroffenen Länder, die mehr als die Hälfte der Tuberkulose-Fälle in der Region verzeichnen. Ineffektive Ansätze zu Diagnose und Behandlung, effektive Behandlung und Protokollierung in geringem Umfang sowie schwache, sich weiter verschlechternde Gesundheitssysteme wurden als Hauptursachen für den Anstieg genannt. Nach offiziellen WHO-Statistiken wurden im Jahr 2004 in der Region mehr als 370 000 neue Tuberkulose-Fälle gemeldet, was einen Höchststand für die letzten zwei Jahrzehnte bedeutet. Davon entfielen 80 % auf die europäischen und asiatischen Länder der GUS.

Abbildung 4: Tuberkulose-Inzidenz, neu registrierte Fälle pro 100 000 Einwohner



Quelle: *European Health for All database* (10)

MDG 7: Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit

Das Gemeinsame Überwachungsprogramm von WHO und UNICEF (*Joint Monitoring Programme – JMP*) für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung liefert Rückmeldungen über den Zugang zu verbesserten Wasserquellen und verbesserter Abwasserentsorgung. Wenngleich es nicht alle Länder in der Region abdeckt, sind seine Ergebnisse von Bedeutung.

- a) Nur 85 % der Bevölkerung der EUR-B-Länder² haben Zugang zu einer verbesserten Quelle für die Wasserversorgung. Demgegenüber stehen Werte von 100 % in den EUR-A-³ und 96 % in den EUR-C-Ländern⁴. Bei der Abwasserentsorgung haben nur 76 % der Bevölkerung in den EUR-B-Ländern Zugang zu verbesserten Einrichtungen, während es in den EUR-A-Ländern 100 und in den EUR-C-Ländern 89 % sind.
- b) Die Teilregion EUR-B verzeichnete im Zeitraum von 1990 bis 2002 ein negatives Wachstum von -1 % bei der Wasserversorgung und von -7 % bei der Abwasserentsorgung. Für das Erreichen der MDG ist hingegen ein positives Wachstum von +7 % bei der Wasserversorgung und von +10 % bei der Abwasserentsorgung erforderlich.
- c) Die Teilregion EUR-B weist ausgeprägte Versorgungsunterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten auf. So liegen die ländlichen Gebiete beim Zugang zu einer verbesserten Wasserversorgung mit 97 zu 72 % und beim Zugang zur verbesserter Abwasserentsorgung mit 90 zu 41 % im Rückstand. Die Bewohner ländlicher Gebiete sind beträchtlich benachteiligt und einem weit höheren Gesundheitsrisiko durch wasserbedingte Krankheiten ausgesetzt als Stadtbewohner.

Versorgungsnetze in der Teilregion EUR-B sind häufig von fragwürdiger Intaktheit und zeichnen sich durch häufige und länger währende Unterbrechungen der Versorgung aus. Infolgedessen sind die mikrobiologisch und chemisch bedingten Ausfallraten für Trinkwasser an der Entnahmestelle hoch. Wenngleich es keine systematische Erfassung der Wasserqualität an der Entnahmestelle gibt, ergeben im Rahmen der Erstellung von Umweltprüfberichten gesammelte Daten mikrobiologische Ausfallraten von 71 % in Tadschikistan, 46,7 % in Serbien und Montenegro, etwa 30 % in Armenien und etwa 20 % in Bosnien und Herzegowina. Ähnliche Einzelfallergebnisse sind aus anderen Ländern verfügbar. Bei nicht netzgebundener Versorgung, wie sie für ländliche Gebiete typisch ist, sind die Ausfallraten im Allgemeinen höher als bei der netzgebundenen Versorgung, was die Bevölkerung des ländlichen Raums weiter benachteiligt.

Beim Vergleich der Teilregion EUR-B mit einer benachbarten Region mit einem ähnlichen Stand der wirtschaftlichen Entwicklung wie Nordafrika entsteht der Eindruck, dass die Teilregion EUR-B in allen Jahren des überprüften Zeitraums von 1994 bis 2003 weniger für Wasserversorgung und Sanitärversorgung zweckgebundene Mittel aus der öffentlichen Entwicklungshilfe erhielt als Nordafrika. Die Mittel aus der öffentlichen Entwicklungshilfe für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung haben im überprüften Zeitraum stagniert oder waren sogar rückläufig. Diese besorgniserregende Entwicklung wird durch folgende Faktoren weiter verschärft:

- a) Weil der größte Teil der Mittel aus der öffentlichen Entwicklungshilfe in der Form von Darlehen für große Infrastrukturarbeiten fließt, stehen nur sehr geringe Zuschüsse zur Unterstützung gesundheitsfördernder Aktivitäten wie Schulung und Fortbildung von Personal, Verbesserung der Betriebs- und Verwaltungsprozesse sowie Stärkung der Kapazität von Umwelt- und klinischen Labors zur Verfügung.
- b) Weil überwiegend in die netzgebundene Versorgung investiert wird, bleiben gemeinschaftsbasierte dezentralisierte Versorgungsdienste im ländlichen Raum von dringend notwendiger Unterstützung ausgeschlossen.

² Niedrige Kindersterblichkeit und niedrige Erwachsenensterblichkeit.

³ Sehr niedrige Kindersterblichkeit und sehr niedrige Erwachsenensterblichkeit.

⁴ Niedrige Kindersterblichkeit und hohe Erwachsenensterblichkeit.

MDG 8: Ausbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

Trotz des offensichtlichen Bedarfs erhält die Europäische Region von allen Regionen weltweit die geringste öffentliche Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke. Im Bericht des Millenniums-Projekts der Vereinten Nationen an den Generalsekretär vom Januar 2005 wurde empfohlen, mehr öffentliche Entwicklungshilfe bereitzustellen, um näher an die vereinbarte Zielvorgabe von 0,7 % des Bruttosozialprodukts der Geberländer heranzukommen. In dem Bericht wurde auch die Position vertreten, dass es einem beträchtlichen Teil der öffentlichen Entwicklungshilfe, die in die armen Länder fließt, an Kohärenz und Zusammenhang mangelt. Für die Situation in der Europäischen Region ist mehr öffentliche Entwicklungshilfe eine notwendige, aber allein nicht ausreichende Bedingung für das Erreichen der MDG und die Stärkung der kompletten Gesundheitssysteme von Ländern mit niedrigem Einkommen. Zu Beginn des MDG-Prozesses erhielt die Region Mittel- und Osteuropa sowie GUS in ihrer Gesamtheit die geringste Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke von allen Empfängerregionen auf der Welt sowohl in Bezug auf absolute Beträge pro Kopf zugunsten von Gesundheit als auch hinsichtlich des für Gesundheit zweckgebundenen Anteils an der öffentlichen Entwicklungshilfe (siehe die nachstehende Tabelle 2).

Tabelle 2: Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke pro Kopf und als prozentualer Anteil an der insgesamt zugesagten öffentlichen Entwicklungshilfe nach Regionen (Durchschnittswerte für den Zeitraum 1997–1999)

Region	Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke pro Kopf	Entwicklungshilfe für gesundheitliche Zwecke in Prozent der öffentlichen Entwicklungshilfe
Ozeanien	9,98	4,7
Mittelamerika	4,22	19,8
Afrika südlich der Sahara	2,06	8,6
Lateinamerika	1,64	16,5
Nordafrika	1,24	4,4
Südasien	0,84	16,8
Naher Osten	0,52	3,4
Ferner Osten	0,50	7,8
Mittel- und Osteuropa/GUS	0,34	1,7
DURCHSCHNITT	1,00	8,9

Quelle: Suhrcke (15)

Literatur⁵

1. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000 (A/res/55/2) (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>).
2. Chapter 2: Millennium Health Goals: Paths to the Future. In: *The world health report 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003: 35–37 (<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-en.pdf>).
3. Siehe beispielsweise: *WHO's contribution to achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration, Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, 2003 (A56/11) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea5611.pdf).
4. WHO Task Force on Health Systems Research. Informed Choices for attaining the Millennium Development Goals: towards a cooperative agenda for health systems research. *Lancet*, 2004, 364:997–1003.
5. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/O4.1) (siehe S. 15–17) (<http://www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf>).
6. Travis P et al. Overcoming health systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
7. *Umsetzung der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen. Bericht des Generalsekretärs*. New York, Vereinte Nationen, 2002 (A/57/270) (<http://www.un.org/Depts/german/gsonst/a57270.pdf>).
8. *Millennium Development Goals*. Washington, DC, The World Bank Group, 2004 (<http://www.developmentgoals.com>).
9. Die Berechnungen basieren auf Armuts- und Bevölkerungsdaten von *PovcalNet*. Washington, DC, The World Bank Group, 2004 (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>).
10. *Datenbank European Health for All* [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>).
11. *Social Monitor 2003*. Florenz, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003 (<http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monitor03/monitor2003.pdf>).
12. *AIDS Epidemic Update: Eastern Europe and Central Asia*. Genf, UNAIDS/WHO, 2004 (http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_en/Epi04_08_en.htm).
13. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=German>).
14. *Aids Epidemic Update*. Geneva, UNAIDS/WHO (verschiedene Jahrgänge).
15. Suhrcke M, Rechel B, Michaud C. *Is development assistance for health to Eastern Europe too low?* Venice, WHO European Office for Investment for Health and Development, 2004.

⁵ Datum des Zugriffs auf alle aufgeführten Internet-Seiten: 6. Juli 2005.