

## Bericht über die Sechzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

## Bericht über die Sechzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa

Moskau, Russische Föderation  
13.–16. September 2010

Schlüsselwörter

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

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

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

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

**© Weltgesundheitsorganisation 2010**

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

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

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

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

Bildnachweis: © Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung der Russischen Föderation (außer Titelblatt und wo anders angegeben).

## Inhalt

Eröffnung der Tagung.....	1
Wahl der Tagungsleitung und Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Ansprache der Regionaldirektorin .....	2
Ansprache des Ministerpräsidenten der Russischen Föderation .....	4
Allgemeine Aussprache .....	5
Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa .....	7
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben.....	8
Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa .....	8
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO.....	10
Ansprache der Generaldirektorin der WHO .....	13
Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region.....	14
Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit.....	17
Gedenken an Dr. Jo Eirik Asvall .....	19
Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa .....	19
Ansprache des WHO-Regionaldirektors für den östlichen Mittelmeerraum .....	22
Die künftige Finanzierung der WHO .....	23
Programmbudgetentwurf 2012–2013.....	25
Wahlen und Nominierungen.....	28
Exekutivrat.....	29
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees.....	29
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	29
Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit.....	29
Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung.....	29
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011 bis 2014.....	30
Eradikation von Poliomyelitis in der Europäischen Region der WHO.....	30

Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015.....	32
Resolutionen .....	34
EUR/RC60/R1: Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2008–2009.....	34
EUR/RC60/R2: Mehr Gesundheit für Europa .....	34
EUR/RC60/R3: Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa.....	35
EUR/RC60/R4: Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO .....	37
EUR/RC60/R5: Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa.....	38
EUR/RC60/R6: Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit: Öffentliche Gesundheit ist globale Gesundheit.....	40
EUR/RC60/R7: Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa .....	41
EUR/RC60/R8: Die künftige Finanzierung der WHO.....	43
EUR/RC60/R9: Programmhaushaltsvoranschlag für 2012–2013 .....	44
EUR/RC60/R10: Ort und Zeitpunkt der zukünftigen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011–2014.....	45
EUR/RC60/R11: Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa .....	45
EUR/RC60/R12: Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO.....	46
Anhang 1: Tagesordnung.....	49
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere.....	51
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	53
Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin .....	71
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin .....	81



## Eröffnung der Tagung

Die 60. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 13. bis 16. September 2010 im Holiday Inn Solkolniki in Moskau (Russische Föderation) statt. An der Tagung nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus 52 Mitgliedstaaten der Region teil. Ebenfalls zugegen waren Vertreterinnen und Vertreter des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen, der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, des Umweltprogramms der Vereinten Nationen, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Europarats, der Europäischen Union, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und nichtstaatlicher Organisationen (siehe Anhang 3).

Die erste Sitzung wurde von Dr. Christos Patsalides, dem scheidenden Präsidenten, eröffnet.



## Wahl der Tagungsleitung und Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC60/2 Rev.2 und EUR/RC60/3 Rev.2)

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

Dr. Tatiana Golikova (Russische Föderation)	Präsidentin
Dr. Vladimir Lazarevik (Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien)	Exekutivpräsident
Dr. Josep M. Casals Alís (Andorra)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Haraldur Briem (Island)	Berichterstatter

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



## Ansprache der Regionaldirektorin

(EUR/RC60/4, EUR/RC60/8, EUR/RC60/9,  
EUR/RC60/Conf.Doc./1, EUR/RC60/Conf.Doc./4)



Die Regionaldirektorin dankte zu Beginn ihrer Ansprache (Anhang 4) dem Regionalkomitee für das Vertrauen, das es ihr im Jahr zuvor mit ihrer Nominierung für das Amt des Regionaldirektors entgegengebracht habe. Anschließend erläuterte sie die sieben strategischen Stoßrichtungen und Prioritäten, auf deren Grundlage das Regionalbüro sich künftigen Herausforderungen stellen wolle, und verwies auf die bereits geleistete bzw. geplante Arbeit des Regionalbüros zur Bewältigung der dringlichsten Gesundheitsprobleme in der Europäischen Region.

Die erste neue strategische Stoßrichtung bestehe darin, unter dem Schlagwort „Gesundheit 2020“ zusammen mit den Mitgliedstaaten und anderen Partnern eine neue europäische Gesundheitspolitik auszuarbeiten. Zweitens solle die Führungsarbeit beim WHO-Regionalbüro für Europa kontinuierlich verstärkt werden. Dies solle durch Stärkung seiner leitenden Organe, die Einrichtung eines hochrangigen Forums von Regierungsvertretern, die Abhaltung weiterer Ministerkonferenzen und die Nutzung des Programmhaushalts als Instrument für die Rechenschaftsablage geschehen. Drittens werde das Regionalbüro zu einem fachlichen Kompetenzzentrum umgestaltet, wobei die Kernaufgaben der Organisation zentral beim Büro in Kopenhagen angesiedelt würden, während die Außenstellen wie auch die Länderbüros vollkommen in die Arbeit eingebunden seien und die bestehenden Netzwerke erneuert bzw. neue geschaffen würden. Generell sei das Regionalbüro dabei, eine Bestandsaufnahme der Arbeit der Außenstellen und der Länderbüros durchzuführen. Viertens werde das Regionalbüro die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten weiter ausbauen, indem es ihnen je nach Bedarf auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Umfang Unterstützung gewähre. Dazu prüfe es derzeit Optionen wie die Einrichtung subregionaler Strukturen nach dem Vorbild des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks. Fünftens werde das Regionalbüro eine Partnerschaftsstrategie entwickeln, die 2011 dem Regionalkomitee vorgelegt werden solle. So seien die Bemühungen um einen Ausbau der Zusammenarbeit mit Institutionen der Europäischen Union, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bereits im Gange. Sechstens sei das Regionalbüro damit beschäftigt, Wege für eine effektivere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zu finden. Die siebte Aufgabe schließlich bestehe darin, beim Regionalbüro ein positives und fruchtbares Arbeitsumfeld zu schaffen und eine nachhaltige Finanzierung seiner Arbeit sicherzustellen.

Bei der Erörterung der fünf dringlichsten Prioritäten des Regionalbüros schilderte die Regionaldirektorin die Arbeit während des Zeitraums 2008–2009 sowie die Tätigkeit in den sieben Monaten seit ihrem Amtsantritt und erläuterte auch Pläne für die Zukunft. Erstens habe das Regionalbüro in Krisensituationen und gesundheitlichen Notlagen, etwa bei dem Vulkanausbruch in Island, den Unruhen in Kirgisistan, den schweren Überschwemmungen in der Republik Moldau und der Hitzewelle und den Waldbränden in der Russischen Föderation, das Gesundheitswesen in den betroffenen Ländern durch Risikobewertungen, Empfehlungen und andere konkrete Maßnahmen tatkräftig unterstützt.

Zweitens habe die Europäische Region bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten trotz großer Erfolge in bestimmten Bereichen noch einige unerledigte Aufgaben vor sich. Als durch den Ausbruch der Poliomyelitis in Tadschikistan der Status der Region als poliofrei gefährdet worden sei, habe die WHO zusammen mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und anderen Partnern die Regierungen Tadschikistans und seiner Nachbarländer bei der Einleitung von Gegenmaßnahmen und der Durchführung von Maßnahmen zur Ergänzungsimpfung für Kinder und Jugendliche unterstützt. Das in der Russischen Föderation angesiedelte Referenzlabor der Europäischen Region habe hierbei einen wertvollen Beitrag geleistet. Im Hinblick auf die Eliminierung von Masern und Röteln in der Region müsse ein neues Zieldatum festgelegt werden.

Erfreulich sei hingegen die Tatsache, dass der Erfolg der Europäischen Impfwache die Regionalbüros in den WHO-Regionen Afrika und Westlicher Pazifikraum dazu veranlasst habe, das Regionalbüro für Europa um Unterstützung bei der Einleitung ähnlicher Initiativen zu bitten. Auch bei der Eliminierung von Malaria habe die Region erhebliche Fortschritte erzielt; so sei die Zahl der betroffenen Länder zwischen 2005 und 2009 von neun auf fünf gesunken. Ebenso hätten auch die Anstrengungen der WHO und der

Mitgliedstaaten nach Ausbruch der Influenzapandemie im Jahr 2009 Früchte getragen und nützliche Erkenntnisse gebracht, etwa über die Notwendigkeit flexibler Bereitschaftspläne und einer effektiven Öffentlichkeitsarbeit. Das Regionalbüro führe zusammen mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eine Untersuchung über den Verlauf der Pandemie in sieben Ländern durch, und es seien konkrete Vereinbarungen mit dem Ziel der Vermeidung von Doppelarbeit getroffen worden. Darüber hinaus habe das Regionalbüro in der Europäischen Region Maßnahmen zur Bekämpfung dreier Bedrohungen für die globale Gesundheit eingeleitet. So arbeite es einen umfassenden Aktionsplan gegen multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose (MDR- bzw. XDR-TB) sowie eine Strategie zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (AMR) in der Europäischen Region aus. Dabei werde es an die wichtige Arbeit der Europäischen Kommission und des ECDC auf diesem Gebiet anknüpfen. Ferner werde es eine regionale Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids ausarbeiten, die mit der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor 2011–2015 abgestimmt sei. Allerdings sei es der Region im Jahr 2008 gelungen, 90% der HIV-positiven Schwangeren in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen eine antiretrovirale Therapie zu ermöglichen.

Für die dritte Priorität des Regionalbüros, den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa, sei die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit im März in Parma ein Meilenstein gewesen. Der in Parma angenommene Handlungsrahmen für den Klimaschutz werde dem Regionalbüro bei seinen Anstrengungen auf diesem Gebiet sowie bei der Verwirklichung einer umweltverträglicheren Gesundheitsversorgung wertvolle Impulse geben.

Da ein Großteil der Krankheitslast in der Region auf nichtübertragbare Krankheiten entfalle, stellten diese weiterhin eine Priorität für das Regionalbüro dar. Deshalb habe es im Zeitraum 2008–2009 insgesamt acht Länder beim Aufbau ihrer nationalen Krebsprogramme unterstützt. Maßnahmen zur Unterstützung der Länder seien auch für den Bereich der psychischen Erkrankungen geplant. Das Regionalbüro habe auch seine Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsdeterminanten fortgesetzt, um an den gemeinsamen Risikofaktoren nichtübertragbarer Krankheiten anzusetzen, und mit der Erstellung des Aktionsplans zur Umsetzung der Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten begonnen. 2010 hätten die Länder das Regionalbüro damit beauftragt, für die Region einen Plan zur Umsetzung der Globalen Strategie zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs und des Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region auszuarbeiten. Dagegen habe die Region bei der Bekämpfung des Tabakkonsums beträchtliche Fortschritte erzielt. Um die Zahl der Übergewichtigen zu verringern und gesunde Ernährung zu fördern, habe das Regionalbüro zusammen mit den Mitgliedstaaten auf eine Verringerung der Salzzufuhr hingearbeitet, die Schaffung von sechs Aktionsnetzwerken unterstützt und Gespräche mit der Wirtschaft geführt, um bei der Herstellung von Nahrungsmitteln und Getränken die Einhaltung von Normen und Leitlinien der WHO sicherzustellen.

Schließlich habe das Regionalbüro im Rahmen seiner Bemühungen um eine Stärkung der Gesundheitssysteme und des Gesundheitswesens mehrere Länder bei der Planung ihrer Maßnahmen zur Bewältigung der Finanzkrise unterstützt und auf Bitten um Unterstützung bei der Durchführung von Gesundheitsreformen reagiert. Erhebliche Fortschritte seien bei der Umsetzung einiger Bestimmungen der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ zu verzeichnen. Das Regionalbüro werde den Ländern auch weiterhin bei der Entwicklung neuer bzw. der Umsetzung und Bewertung bestehender nationaler gesundheitspolitischer Konzepte und Strategien behilflich sein. Ferner habe das Regionalbüro in einer Reihe von Ländern die Reformen in der Finanzierung des Gesundheitswesens unterstützt. Es unterstütze die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung des neuen Verhaltenskodexes der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und arbeite dazu eine konkrete Strategie aus. Weiterhin bemühe es sich in vielfältiger Weise darum, einen sinnvolleren Einsatz von Gesundheitstechnologien und Arzneimitteln zu ermöglichen.

Abschließend bekräftigte die Regionaldirektorin die Entschlossenheit des Regionalbüros, in einer so heterogenen Region für jeden einzelnen Mitgliedstaat da zu sein, und würdigte den großen Einsatz seiner Bediensteten zur Verwirklichung dieses Ziels.



## Ansprache des Ministerpräsidenten der Russischen Föderation



Der Ministerpräsident begann seine Ansprache mit der Feststellung, die Wahl seines Landes als Austragungsort für die 60. Tagung des Regionalkomitees zeuge von der Absicht der WHO, das Potenzial der Russischen Föderation für eine Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik und im Rahmen internationaler Programme zu nutzen. Er erklärte, die Gesundheitsausgaben seines Landes hätten sich seit 2001 fast vervierfacht. Im Jahr 2005 seien die finanziellen und administrativen Ressourcen der Bundes- und der Provinzebene konsolidiert worden. Seitdem seien über 590 Mrd. Rubel ins Gesundheitswesen investiert worden, für die kommenden drei Jahre seien weitere 440 Mrd. Rubel vorgesehen. In nahezu allen Regionen des Landes seien Zentren für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Opfer von Straßenverkehrsunfällen eingerichtet worden. Die onkologischen Zentren würden neu ausgestattet, und die Zentren für Perinatalversorgung und High-Tech-Medizin gebaut.

Entgegen den Warnungen zahlreicher Experten seien kompetente Fachkräfte durchaus zur Arbeit in solchen Zentren in Regionen weitab von großen Städten bereit. Seit 2005 sei die Kindersterblichkeit trotz einer steigenden Geburtenrate um ein Drittel gesunken, und ungeachtet der Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in der Russischen Föderation noch niedriger sei als in manchen anderen Ländern der Region, zeichne sich hier ein deutlich positiver Trend ab. Der Arzneimittelbereich sei Gegenstand eines neuen Gesetzesentwurfs, und das Gesetz über die allgemeine Krankenversicherungspflicht werde dahingehend ergänzt, dass künftig das Recht der Patienten auf Wahl des Arztes, der medizinischen Einrichtung und der Versicherungsgesellschaft garantiert sei. Die Zahl der Gesundheitszentren steige schnell; so seien im Jahr 2010 190 neue Zentren speziell für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingerichtet worden. Die russischen Bürger würden dazu ermutigt, beim Schutz ihrer Gesundheit mehr Eigenverantwortung zu zeigen, indem sie schädliche Gewohnheiten wie Rauchen, Trinken und gefährliches Fahren aufgäben.

Infektionskrankheiten machten nicht vor Grenzen Halt; deshalb sei die Russische Föderation bereit, Erfahrung und Sachverstand ihrer Experten mit ihren Nachbarländern zu teilen, um ein internationales Überwachungssystem einzurichten. Seine Regierung habe umgerechnet über 250 Mio. US-\$ an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria gespendet; für den Zeitraum zwischen 2006 und 2011 belaufe sich die Höhe der Spenden für öffentliche Gesundheitsmaßnahmen weltweit auf über 430 Mio. US-\$. Er wünsche den Teilnehmern der Tagung viel Erfolg bei ihren Beratungen.



## Allgemeine Aussprache

In der anschließenden Aussprache bedankten sich zahlreiche Redner bei den russischen Behörden für ihre große Gastfreundschaft, einige gratulierten der Regionaldirektorin zu ihrer Wahl und lobten Tempo und Wirksamkeit der bisher unter ihrer Führung ergriffenen Maßnahmen, insbesondere im Bereich Partnerschaften, bei der Reaktion auf den Polioausbruch und bei der Bekämpfung der Influenza.

In nahezu allen Wortmeldungen kam eine starke Unterstützung für die Zukunftsvision der Regionaldirektorin in Bezug auf die veränderte Rolle des Regionalbüros und das Streben nach mehr Gesundheit in Europa zum Ausdruck. Insbesondere eine Delegierte, die im Namen der Europäischen Union (EU) sprach, unterstützte nachdrücklich sowohl die Zukunftsvision als auch die sieben strategischen Stoßrichtungen zu ihrer Umsetzung und rief dazu auf, in die strategische Planung auch klare Zielvorgaben in Form eines Fahrplans und Zeitrahmens aufzunehmen. Für die Bewältigung der komplexen gesundheitspolitischen Herausforderungen in der Welt benötige die Europäische Region eine energische Führungsrolle seitens des Regionalbüros und ein abgestimmtes Handeln zwischen den Mitgliedstaaten in der gesamten Region. Die EU bekenne sich zu den Werten der Erklärung von Alma-Ata, der Charta von Tallinn und der Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit und sei der Überzeugung, dass eine unter Beteiligung der Mitgliedstaaten und anderer Partner ausgearbeitete neue europäische Gesundheitspolitik die Region in die Lage versetzen werde, auf die gegenwärtigen Herausforderungen zu reagieren und sich für die Zukunft zu wappnen. Das Regionalbüro solle in seiner Arbeit den sozialen Determinanten von Gesundheit, der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention mehr Bedeutung beimessen und ein besonderes Augenmerk auf die nichtübertragbaren Krankheiten, auf den Bereich psychische Gesundheit und auf den Einfluss der Umwelt auf die Gesundheit richten, die allesamt in die Arbeit zur Verbesserung der Gesundheitssysteme einbezogen werden müssten. Weitere wichtige Themen seien die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und die Bewältigung neuer Gesundheitsrisiken und Infektionskrankheiten wie MDR-Tb. Es sei wichtig, dass das Regionalbüro sich primär mit Handlungsbereichen befasse, die einen deutlichen Mehrwert für die Region erbrächten, und gleichzeitig vorhandene Synergieeffekte nutze und Doppelarbeit vermeide. Die gegenwärtig durchgeführte Untersuchung über soziale Determinanten von Gesundheit werde die nötige Grundlage für Entscheidungen in der Gesundheitspolitik liefern. Die Vertreterin der EU forderte dringend, der Prozess der Politikgestaltung müsse mit den von der WHO geplanten Reformen und mit ihren globalen Strategien im Einklang stehen, und stellte die Frage, wie sich die Mitgliedstaaten und andere Partner in den Jahren 2011 und 2012 daran beteiligen wollten.

Die Führungsarbeit im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region und eine verstärkte Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen seien eine wesentliche Voraussetzung für die Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen. Die Vertreterin der EU begrüßte die Hervorhebung der Aufgaben des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) sowie generell der Führungsfragen beim Regionalbüro durch die Regionaldirektorin und stellte die Frage, ob die Aufgaben des geplanten hochrangigen Forums von Regierungsvertretern sich mit denen des SCRC überschneiden würden. Die EU stimme voll und ganz darin überein, dass die strategischen Kernaufgaben des Regionalbüros beim Büro in Kopenhagen angesiedelt sein müssten, und begrüßte die Durchführung einer Bestandsaufnahme der Arbeit der Außenstellen und Länderbüros. Um genügend Zeit für die Aussprache zu lassen, schlug die Vertreterin der EU-Delegation vor, das Regionalbüro solle den Mitgliedstaaten vor oder während der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 die Ergebnisse und Vorschläge aus den Untersuchungen mitteilen.

Zahlreiche weitere Delegierte, darunter einer, der im Namen der Länder des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks sprach, stimmten wie die EU den Plänen der Regionaldirektorin in Bezug auf Veränderungen und Reformen zu. Sie begrüßten vor allem die geplante europäische Gesundheitspolitik, u. a. weil die Länder ein Interesse an der Gestaltung ihrer eigenen Politik hätten, und die Bestrebungen nach einer effektiveren Führungsarbeit beim Regionalbüro, zu der auch Aspekte der Finanzierung und das Konzept von Gesundheit als gesamtstaatlicher Aufgabe gehörten. In einer Wortmeldung wurde die Frage aufgeworfen, wie der Programmhaushalt als ein Vertrag zwischen den Mitgliedstaaten und der WHO fungieren könne, wenn er nur 30% der gesamten Finanzmittel der Organisation ausmache; deshalb sei eine Reform des Haushaltsprozesses dringend erforderlich. Die Delegierten begrüßten den evidenzbasierten Ansatz von Gesundheit 2020, wie er auch in der Studie über die sozialen Determinanten von Gesundheit zum Ausdruck komme, und unterstützten die unter Federführung der Generaldirektorin begonnene Initiative zur Finanzierung der WHO. Andere lobten auch

die erneute Schwerpunktlegung auf die öffentliche Gesundheit, die strategische Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und die Notwendigkeit erneuerter Netzwerke, insbesondere mit Beteiligung der Kooperationszentren.

Verschiedene Delegierte begrüßten das erneuerte Bekenntnis des Regionalbüros zur öffentlichen Gesundheit und unterstützten die Wahl der von der Regionaldirektorin genannten vorrangigen Themen und unterstrichen die Bedeutung von Maßnahmen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (einschließlich Probleme wie Alkoholmissbrauch), zur Stärkung der Gesundheitssysteme (einschließlich auf die Mitgliedstaaten zugeschnittener Maßnahmen) sowie der Bereiche Umwelt und Gesundheit, übertragbare Krankheiten und Bewältigung von Krisensituationen, wo ein abgestimmtes Vorgehen besonders wichtig sei. In einer Reihe von Wortmeldungen wurden weitere Themen genannt, die für einzelne Länder von besonderer Bedeutung sind. Einige Male wurde auf die Folgen der globalen Finanzkrise für das Gesundheitswesen hingewiesen, in einer Wortmeldung wurde die Diskussion des Regionalkomitees über evidenzbasierte Lösungen für Ungleichheiten im Gesundheitsbereich als besonders nützlich bezeichnet, und zwei Delegierte bedankten sich beim Regionalbüro für die Bereitstellung von Evidenz und Unterstützung in Bezug auf Argumente gegen eine Kürzung von Gesundheitsetats. Andere freuten sich auf die Diskussion über die Gesundheitsaspekte in der Außenpolitik und hoben die Bedeutung koordinierter Maßnahmen zur Förderung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) hervor. In anderen Wortmeldungen wurde auf folgende Themen hingewiesen: schädliche Folgen des Klimawandels in der Region um den Aralsee; Sorge um die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa; und Appell an Umwelt- und Gesundheitspolitik, bei der umweltverträglichen Entsorgung von Altstoffen (einschließlich Pestiziden) zusammenzuarbeiten.

Eine Reihe von Delegierten brachten Vorschläge und Empfehlungen dazu vor, wie das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten ihre ehrgeizigen Pläne vorantreiben könnten. In einer Wortmeldung wurde die Hoffnung ausgesprochen, das Regionalbüro möge sein hohes Arbeitstempo nicht nur im Umgang mit Gesundheitskrisen beibehalten, sondern auch in Bereichen wie der Eliminierung der Masern. Einige Delegierte gingen auf Führungsfragen ein und appellierten an das Regionalbüro, seine Aufgaben und seine Führungsstruktur auch künftig weiterzuentwickeln, seine Beziehungen zum Hauptbüro der WHO und zu den Länderbüros zu überdenken und die Organisation seiner leitenden Organe einfach zu halten, ohne sich von politischen Überlegungen leiten zu lassen. Ein Delegierter lobte ausdrücklich die Arbeit des Länderbüros in seinem Land und regte an, die neue Länderstrategie des Regionalbüros solle sich eingehend mit Bedeutung und Wert der Länderbüros befassen. In einer anderen Wortmeldung wurde die Auffassung vertreten, Regelungen oder Partnerschaften auf subregionaler Ebene seien aufgrund ihrer Struktur besonders geeignet, auf die Bedürfnisse von Ländern einzugehen. Verschiedene Delegierte forderten, Partnerorganisationen sollten aufgrund des konkreten Mehrwerts ihrer Beiträge für die Arbeit der Organisation ausgewählt werden, begrüßten die weiteren Fortschritte bei der Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der EU und forderten, die Gesundheitsminister müssten unbedingt einen Sitz in den Vorständen von für die gesundheitspolitische Zusammenarbeit maßgeblichen Organisationen wie dem Globalen Fonds, UNICEF, der Weltbank, der Europäischen Investitionsbank, der OECD, dem Europarat und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa erhalten. Ein Delegierter wies auf die Bedeutung der Partnerschaft mit dem Globalen Fonds hin, zumal die Kriterien für die Auswahl von Ländern einer Überprüfung bedürften, und gab seiner Hoffnung Ausdruck, dass das Thema nicht nur vom Regionalkomitee, sondern auch auf der Vorstandstagung des Globalen Fonds im Dezember in Bulgarien erörtert werde. Ferner forderten einige Delegierte, vorrangige Themen nicht nach Verfügbarkeit von Mitteln, sondern aufgrund einschlägiger Gesundheitsdaten auszuwählen, und erklärten ihre Hoffnung, dass die für 2011 in Moskau geplante hochrangige Tagung zum Thema nichtübertragbare Krankheiten eine gute Vorbereitung auf den späteren Gipfel der Vereinten Nationen sein werde.

Schließlich schilderten mehrere Delegierte die erfolgreichen Initiativen ihrer Länder in folgenden Bereichen: Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch Stärkung des Gesundheitssystems; Entwicklung von Gesundheitskonzepten und -programmen; Zurückdrängung der Malaria; Bekämpfung des Tabakkonsums; und Unterstützung des Übergangsprozesses beim Regionalbüro.

In ihrer Antwort dankte die Regionaldirektorin den Mitgliedstaaten für ihre starke Unterstützung der sieben strategischen Stoßrichtungen und der Prioritäten und versicherte ihnen, dass die geplanten Maßnahmen alle ergriffen würden. Schließlich bedankte sie sich bei allen Ländern für ihre Wortmeldungen. Einige davon wurden von ihr konkret beantwortet. So zeigte sie sich überzeugt, dass Turkmenistan Ende 2010 als malariefrei zertifiziert werde und dass die Eliminierung von Malaria in der Region bis zum Jahr 2015 gelingen werde. Dann dankte sie der Schweiz für ihre finanzielle Unterstützung während des Übergangsprozesses und für die Erstellung der Studie über die Notwendigkeit von Veränderungen beim Regionalbüro.

Die Regionaldirektorin werde jedes Gesundheitsministerium darum bitten, für das angeregte hochrangige Forum eine Person mit Dienstgrad Leitender Medizinalbeamter oder vergleichbarer Stellung zu benennen, die sie in Neuentwicklungen wie der europäischen Gesundheitspolitik oder der Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit unterstützen könne. Das Forum solle die Leitenden Organe nicht umgehen, sondern zu ihrer Arbeit beitragen und die Einbeziehung der Mitgliedstaaten in die konzeptionelle Fortentwicklung sichern. Die Überprüfung der Außenstellen und Länderbüros sei bereits im Gange und das Regionalbüro werde den

Mitgliedstaaten die Ergebnisse während der Zusammenkunft mit ihnen im Vorfeld der Weltgesundheitsversammlung vorlegen. Zunächst solle das Thema mit dem SCRC im November erörtert werden. Die neue Länderstrategie werde auf jeden Fall wertvolle Instrumente wie die zweijährigen Kooperationsvereinbarungen erhalten, wenngleich diese mit anderen Prioritäten abgestimmt und effizienter gestaltet werden müssten. Angesichts der Unwägbarkeiten des Programmhaushalts stelle dessen Nutzung als strategisches Instrument für die Regionaldirektorin zur Rechenschaftsablage gegenüber dem Regionalkomitee eine Herausforderung dar, doch werde sie das Thema mit dem SCRC erörtern und nach einer Lösung suchen.

Außerdem unterstütze das Regionalbüro gerne Länder in ihren Maßnahmen gegen die Wirtschaftskrise, welche die Gesundheit bedrohe. Die Regionaldirektorin dankte dem Gesundheitsminister Usbekistans für seine Führungsrolle bei den Maßnahmen gegen den Polioausbruch und dafür, dass er die vom Regionalbüro veranstaltete Zusammenkunft der Gesundheitsminister der zentralasiatischen Länder und der Russischen Föderation am Vorabend der Tagung des Regionalkomitees als nützlich bezeichnet habe. Sie hoffe, ein weiteres derartiges Treffen sei vor der Weltgesundheitsversammlung möglich, damit man den Ausbruch der Poliomyelitis in der Region bewerten und Themen wie Masern und Röteln sowie einen Kapazitätsaufbau im Rahmen der IGV aufgreifen könne. Sie sei sich der Gesundheitsprobleme durch den Klimawandel im Aralseegebiet bewusst und wolle gerne ein stärkeres Engagement der WHO zur Unterstützung der Länder bei ihren Gegenmaßnahmen erörtern.

Das Regionalbüro sei zu Fortschritten im Kampf gegen alkoholbedingte Gesundheitsschäden entschlossen. Das Thema solle in die Prioritätenliste aufgenommen werden und sie hoffe, dass das Regionalbüro bis 2011 eine Alkoholpolitik entwickeln könne. Sie wolle den Themen nichtübertragbare Krankheiten und Krankheitsprävention im Rahmen der Stärkung der Gesundheitssysteme größere Priorität einräumen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R1 und EUR/RC60/R2.



## Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa

(EUR/RC60/5, EUR/RC60/5 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./2)

Der SCRC-Vorsitzende bemerkte, dass der 17. SCRC im Laufe des Jahres sechs Mal zusammengekommen sei und dass die Berichte über die einzelnen Tagungen aus Gründen der Transparenz auf der Website des Regionalbüros zur Verfügung stünden. Am zweiten Tag der zweiten Tagung des 17. SCRC, die im November 2009 in Ohrid (ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien) stattfand, habe die gerade für ihr Amt nominierte Regionaldirektorin ihre Zukunftsvision skizziert, wie die Prioritäten und Herausforderungen für Region und Regionalbüro optimal angegangen werden sollten. Zu den von ihr genannten prioritären Themenbereichen hätten soziale Benachteiligungen, die Finanzkrise, der Klimawandel und nichtübertragbare Krankheiten gezählt. Durch Reorganisation des Regionalbüros und Belassung der Kernaufgaben in Kopenhagen und durch die Stärkung der Organisationsführung auf Ebene der Region (besonders durch die Gewinnung von Ministern und hochrangigen Regierungsvertretern zur Teilnahme an den Tagungen des Regionalkomitees) beabsichtige sie sicherzustellen, dass das Regionalbüro weiter für die öffentliche Gesundheit eine führende Rolle spiele.

Neben der Prüfung von Maßnahmen des Sekretariats zur Weiterverfolgung der vom Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen sei der SCRC auch an der Prüfung der zu Fach- und Grundsatzthemen erstellten Papiere beteiligt gewesen, die auf der aktuellen Tagung erörtert würden. Einzelne Mitglieder des SCRC würden dessen Ansichten zu diesen Themen jeweils während der Behandlung des entsprechenden Tagesordnungspunktes vertreten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R11.

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

(EUR/RC60/6)



Das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC entsandte Mitglied des Exekutivrats aus der Europäischen Region bemerkte, dass mehr als zwei Drittel der Resolutionen, welche die 63. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 verabschiedet habe, von unmittelbarer Bedeutung für die Europäische Region der WHO seien. Der Ständige Ausschuss wolle die Aufmerksamkeit des Regionalkomitees im Kontext der aktuellen Tagung insbesondere auf folgende Bereiche lenken: Partnerschaften (Resolution WHA63.10), Beobachtung der Erfolge in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele (WHA63.15), WHO-Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften (WHA63.16), HIV/Aids-Strategie der WHO für 2011–2015 (WHA63.19), Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (WHA63.23), Einrichtung einer beratenden Expertengruppe für Forschung und Entwicklung und damit verbundene Fragen der Finanzierung und Koordinierung (WHA63.28) und gefälschte Arzneimittel (Entscheidung).

In einer Wortmeldung wurde die von Regionaldirektorin und Generaldirektorin geteilte Ansicht zum Ausdruck gebracht, dass auf nationaler wie regionaler Ebene ein sektorübergreifendes Vorgehen erforderlich sei, damit der Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitspersonal Wirkung zeige.

## Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa

(EUR/RC60/11, EUR/RC60/Conf.Doc./5)



Der Vorsitzende der SCRC-Arbeitsgruppe für Führungsfragen in der Europäischen Region der WHO erinnerte daran, dass das Regionalkomitee durch Resolution EUR/RC53/R1 den SCRC dazu aufgefordert habe, auf der 60. Tagung über die Erfahrungen zu berichten, die mit der geografischen Ländergruppierung zum Zwecke der Auswahl von Kandidaten zur Nominierung für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und mit einer verringerten Periodizität der Mitgliedschaft im Exekutivrat für diejenigen Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region der WHO gemacht worden sind, die ständige Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen seien. Außerdem habe das Regionalkomitee den SCRC auf seiner 59. Tagung im vergangenen Jahr gebeten, bei der aktuellen Tagung über Führungsfragen im Gesundheitsbereich in Europäischen Region zu berichten.

Der Ständige Ausschuss habe dementsprechend eine vierköpfige Arbeitsgruppe gebildet, die fünfmal zusammengekommen sei, sich mit der Generaldirektorin und der Rechtsabteilung der Organisation beraten habe und zu einer Zusammenkunft der Delegationen aus der Europäischen Region während der Weltgesundheitsversammlung im Mai einen Vortrag beigesteuert habe. Die von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region erhaltenen Kommentare seien in die endgültigen Empfehlungen eingearbeitet worden.

Die Empfehlungen, die im Anhang des Berichts des 17. SCRC wiedergegeben seien (Dokument EUR/RC60/5) ließen sich in sechs Kategorien unterteilen:



- Führungsaufgaben des Regionalkomitees und des SCRC, einschließlich einer stärkeren Aufsichtsfunktion für den SCRC;
- Mitgliedschaft im Exekutivrat und im SCRC, hierunter auch die Verwendung von vier subregionalen Ländergruppen für Nominierungen und Wahlen zu beiden Gremien und Beibehaltung der derzeitigen Periodizität einer semi-permanenten Mitgliedschaft im Exekutivrat;
- mehr Transparenz der Tagungen des SCRC;
- ein vereinfachtes Nominierungsverfahren für das Amt des Regionaldirektors, was auch eine Änderung des Namens und der Aufgabe der Regionalen Auswahlkommission einschließt;
- die Wahl von Ort und Zeitpunkt der Tagungen des Regionalkomitees und des SCRC;
- die Harmonisierung bestimmter Regeln in der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des SCRC mit den Regeln des Exekutivrats und der Weltgesundheitsversammlung.

Der vollständige Text der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses mit den Änderungsvorschlägen sei im Anhang zum behandelten Arbeitspapier zu finden (Dokument EUR/RC60/11).

Eine Vertreterin, die im Namen der EU sprach, dankte der Arbeitsgruppe für ihre Leistungen. Sie begrüßte die Bemühungen zur Stärkung der Aufsichtsfunktion des SCRC und schätzte die Überlegung, dass hiermit größere Transparenz einhergehen sollte. Der SCRC werde ermutigt, Vertreter von Mitgliedstaaten und nichtstaatlichen Organisationen zur Teilnahme an seinen Tagungen einzuladen, sofern dies angebracht sei. Eine vergrößerte Mitgliederzahl des Ständigen Ausschusses diene der Einbeziehung aller Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region an der Führung der Organisation; im Falle der Erweiterung sollte auch Regel 21 der Geschäftsordnung des SCRC (zur Beschlussfähigkeit) geändert werden. Die EU begrüßte die Formalisierung der Zuordnung der Länder zu subregionalen Gruppen; dies sichere eine gerechte geografische Verteilung in der Mitgliedschaft von Exekutivrat und SCRC. Außerdem unterstütze die EU ausdrücklich eine bessere Abstimmung unter den Mitgliedstaaten aus der Region während der Tagungen leitender WHO-Gremien, besonders des Exekutivrats und der Weltgesundheitsversammlung.

In weiteren Stellungnahmen wurden diese Ansichten wiederholt, aber zugleich zu größerer Kohärenz zwischen den Tagesordnungen und Prioritäten der leitenden Organe der Organisation auf globaler und regionaler Ebene und zu einer größeren Beteiligung der Generaldirektorin an dem Auswahlverfahren für Regionaldirektoren aufgerufen. Eine weitere Überlegung bezog sich darauf, dass die Aufhebung des Ausschlusses einer Doppelmitgliedschaft in SCRC und Exekutivrat paradoxerweise die Möglichkeiten zur Beteiligung einer größeren Zahl von Mitgliedstaaten begrenze. In ihrem Beitrag stellte die Generaldirektorin fest, dass die Frage der Einbeziehung ihres Amtes in die Wahl der Regionaldirektorin nur auf globaler Ebene abschließend erörtert werden könne.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R3 und vereinbarte, die Beschlussfähigkeit des Ständigen Ausschusses (gemäß Regel 21 seiner Geschäftsordnung) bei acht statt bisher sechs Mitgliedern anzusetzen.



## Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC60/12, EUR/RC60/12 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./6 Rev.1)



Der Leitende strategische Berater der Regionaldirektorin sagte, man schlage eine strategische Partnerschaft mit der Europäischen Kommission (eine gemeinsame Zukunftsvision für gemeinsame Gesundheitsmaßnahmen) zur Schaffung eines Bündnisses für mehr Gesundheit vor. Im Rahmen der Partnerschaft würden ein System für den Gesundheitsschutz in Europa und ein Gesundheitsinformationssystem aufgebaut, bewährte Praktiken und Innovationen ausgetauscht, zentrale Forschungsprioritäten zur Erhaltung der führenden Stellung der europäischen Forschung gemeinschaftlich benannt, sektorübergreifende Bündnisse zur Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten geschaffen, Investitionen in Gesundheit zur Abmilderung der Folgen der Wirtschaftskrise befürwortet und Kooperationen in den Ländern verstärkt. Derartige Partnerschaften bedeuteten einen Mehrwert auf globaler wie auf regionaler Ebene und seien auf nationaler Ebene schlicht unerlässlich. Der in der gemeinsamen Erklärung abgesteckte Rahmen der künftigen Zusammenarbeit verleihe der schon lange bestehenden Kooperation frischen Elan und anstelle der projektbezogenen eine strategische Dimension.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sagte, dessen Mitglieder seien begeistert von der Tatsache, dass Partnerschaften für die Gesundheit in der Zukunftsvision der Regionaldirektorin eine solch starke Rolle spielten. Das Fehlen wirksamer Partnerschaften könne die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigen und die Benachteiligung bei der Verteilung der Leistungen erhöhen. Selbst zwischen Akteuren mit ähnlichem Auftrag und Ziel entstehe eine partnerschaftliche Zusammenarbeit nicht von selbst; vielmehr werde eine Zusammenarbeit häufig durch ihre jeweilige Struktur und Führungsform behindert. Gemeinsame Ziele und Strategien müssten auf dem Verhandlungsweg gefunden werden. Die mit der Europäischen Union und ihren Mitgliedern geschmiedete Partnerschaft sei ein beispielhaftes Bündnis, das gesundheitliche Verbesserungen für alle Länder herbeiführe. Eine gute Kooperation und ein konstruktiver Dialog mit der Europäischen Kommission seien auch für mehr konzeptionelle Kohärenz in der Europäischen Region zentral. Die vom Regionalkomitee zu beantwortende Schlüsselfrage sei, wie die verschiedenen Akteure die Verpflichtung auf eine gemeinsame Zukunftsvision für Gesundheit in Europa sichern und die Zusammenarbeit für eine bessere Gesundheit in den Mitgliedstaaten zum Erfolg führen könnten.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion erklärte die Regionaldirektorin ihre Sicht einer Partnerschaftsstrategie, die sie 2011 vorschlagen wolle, und führte die Notwendigkeit an, sich an Veränderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Europa anzupassen. Je mehr Akteure sich im Gesundheitsbereich tummelten, desto notwendiger sei konzeptionelle Kohärenz auf Ebene der Region: daher stamme die Überlegung, bestehende und neue Partnerschaften zu überprüfen und so die Zusammenarbeit in der Region zu verbessern. Die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit der Europäischen Kommission sei bislang projektbezogen erfolgt, nun scheine die Zeit reif dafür sich auf gemeinsame Prioritäten zu konzentrieren. Zum Beispiel solle ein einheitliches System zur Überwachung von Krankheiten in der Region geschaffen werden. Frühwarn- und Reaktionssysteme sollten vereinigt und ausgedehnt werden und die Bekämpfung resistenter Mikroben solle koordiniert werden.

Der Kommissar für Gesundheit und Verbraucher führte drei hervorstechende Themen an. Erstens sei Prävention eine Investition in die Zukunft, dennoch betrage das Ausgabenniveau in diesem Bereich in Europa nur 3% der Gesamtausgaben für Gesundheit. Zweitens lebten die Menschen dank des medizinischen Fortschritts heute länger, müssten aber auch im Alter ein gesundes und aktives Leben führen können. Drittens litten die Menschen ungleich an schlechter Gesundheit: Benachteiligungen verstießen gegen die europäischen Werte und müssten beseitigt werden. Der Übergang von der projektbezogenen zur strukturierten Zusammenarbeit auf der Grundlage von Prioritäten, werde auch die Meldung von Daten und die Lieferung von Statistiken für die Mitgliedstaaten erleichtern.

Der Exekutivdirektor des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sagte, der Fonds sei seinem Wesen nach eine Partnerschaft, in der alle gemeinsam drei Krankheiten bekämpften. Partnerschaften seien im Gesundheitsbereich schon seit vielen Jahren in aller Munde, doch seien die Worte erst vor kurzer Zeit durch die Gründung des Globalen Fonds, der GAVI-Allianz

und den Partnerschaften gegen Tuberkulose und Malaria in die Praxis umgesetzt worden. Solche Partnerschaften seien durch die Globalisierung der Gesundheitsgefahren und durch die Erkenntnis angespornt worden, dass der Erfolg die gemeinschaftliche Bekämpfung voraussetze. Geber und diejenigen, welche die Arbeit ausführten, seien in den leitenden Organen vieler solcher Partnerschaften vertreten. In einem solchen Kontext sei konzeptionelle Kohärenz wichtig. Der Fonds stelle lediglich von den Ländern beantragte Gelder auf Grundlage von Entscheidungen der WHO über die Art der Maßnahmen zur Verfügung.

Der Leiter der Abteilung Gesundheit der OECD erklärte, seine Organisation konzentriere sich auf die wirtschaftlichen Konsequenzen im Gesundheitsbereich, wobei der Gesundheitssektor in vielen Ländern größer sei als der Produktionssektor. Viele Erfahrungen habe sie durch die Ermöglichung eines ressourcensparenden Datenaustausches zwischen Gesundheitsinformationssystemen gewonnen. Zwar seien sich nicht alle Partner immer über die zu beschließenden Konzepte einig, doch diene eine offene Diskussion allemal dem Abbau von widersprüchlichen Aussagen. Es werde auch daran gearbeitet, Länder im Lernen aus konzeptionellen Fehlern im Gesundheitsbereich zu unterstützen, etwa was unzulängliche Investitionen, niedrige Gehälter und lange Wartezeiten betreffe. Angesichts der starken internationalen Migrationsströme sei es kontraproduktiv, nur die nationale Politik in Bezug auf den Arbeitsmarkt und die Preisgestaltung der Pharmazeutika im Blick zu behalten. Wenn verschiedene Akteure eigene Stärken und Schwächen einbrächten, könnten sie gewinnbringend eingesetzt und Schwächen zumindest kompensiert werden. Die Stärke seiner Organisation liege in der Entwicklung von Daten, der Kostenwirksamkeit und der Verknüpfung mit verschiedenen Sektoren und nicht so sehr im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Ein neues Mitglied des Europäischen Parlaments sagte, er habe die Beziehungen zwischen dieser Institution und der WHO in den vergangenen Jahren wachsen sehen und sie seien auch effektiver geworden. Während der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in Entwicklungsländern seit langem anerkannt sei, werde er in Europa oft übersehen. Doch solle auch hier das Ziel lauten, gesunde Menschen in einer gesunden Umwelt leben zu lassen. Die WHO solle Partnerschaften mit europäischen Institutionen und mit den Mitgliedstaaten einrichten, aber auch mit nichtstaatlichen Organisationen, die die Patienten selbst vertreten. Patienten seien oft die besten Experten für Krankheiten, mit denen sie jeden Tag lebten. Auch der Einfluss des Klimawandels dürfe nicht vernachlässigt werden: Er führe zu neuen Erkrankungen und einer erhöhten Inzidenz von Atemwegserkrankungen, Hautkrebsarten und Augenproblemen. Bei manch wenig beachteter Krankheit könne schon mit geringem Aufwand vielen Menschen ein viel lebenswerteres Leben ermöglicht werden und das Pendant zum Globalen Fonds solle diese Krankheiten daher ins Visier nehmen.

Der Vorsitzende des Lenkungsausschusses für das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik sagte, dessen Erfahrungen hätten endgültig den Wert von Partnerschaften bewiesen. Die Frage laute nicht, ob eine Partnerschaft eingegangen, sondern wie sie erfolgreich gestaltet werde. Eine der gezogenen Lehren sei die, nie auf eine gute Führung zu verzichten. Alle Akteure müssten fühlen, dass sie am Entscheidungsprozess beteiligt sind. Guter Wille, Vertrauen und gegenseitiger Respekt seien Schlüsselbegriffe für eine gute Partnerschaft. Wie in einer Ehe, so sei gehe auch in einer Partnerschaft anfangs alles ganz leicht: die Schwierigkeit bestehe daran, ihre Stärke zu erhalten.

In der sich anschließenden Aussprache wurden mehrere Beispiele von erfolgreichen Partnerschaften zwischen Gesundheitsministerien, Fachorganisationen und Finanzierungsgremien genannt. Eine im Namen der EU sprechende Vertreterin erinnerte daran, dass die Weltgesundheitsversammlung Resolution WHA63.10 verabschiedet habe, in der ein Konzept für das Eingehen von Partnerschaften für Gesundheit skizziert sei. Sie unterstütze daher die Anregung der Regionaldirektorin, die Partnerschaften des Regionalbüros zu überprüfen und seine Beziehungen zu den wichtigsten Partnern zu klären, damit Überschneidungen und unnötige Meldarbeit vermieden würden. Die Europäische Kommission und das Regionalbüro teilten die gleichen Werte und Ziele und dies habe sich im Laufe ihrer zehnjährigen Partnerschaft noch verstärkt; zu Beginn der Amtszeiten der Regionaldirektorin und des Kommissars für Gesundheit sei dies ein verheißungsvoller Moment für den Eintritt in eine neue Phase ihrer Beziehung. Die beiderseitige Zusammenarbeit sei ein Beitrag zur effizienteren Erbringung von Gesundheitsmaßnahmen für Millionen von Menschen. Sie begrüße den Resolutionsentwurf zu Partnerschaften für Gesundheit, rege aber eine Änderung des vierten einleitenden Absatzes an.

Eine Reihe von Delegierten unterstützten die Bemerkungen der Vertreterin, die im Namen der EU das Wort ergriffen hatte, und betonten die Nützlichkeit von Partnerschaften für die Bemühungen gegen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Partnerschaften sollten durch Festlegung von Prioritäten und klaren, messbaren Zielen so effektiv wie möglich genutzt werden. Ihr grundlegendes Prinzip solle Klarheit und Transparenz sein, wobei den Mitgliedstaaten die Aufsicht über sie obliege. In mehreren Redebeiträgen wurde die Überlegung angeregt, die Initiativen mit denen anderer Gremien zu verzahnen, hierunter auch mit solchen von außerhalb der Region stehenden Organisationen.

Der Vertreter des Europarates sagte, die Partnerschaften in Südosteuropa seien so erfolgreich gewesen, dass mehrere unterschiedliche Projekte zu einem gemeinsamen Programm zusammengefasst worden seien. Dies sei durch gute Führungsarbeit, Transparenz und die Beherrschung von Interessenskonflikten gelungen.

Die Vertreter von EuroPharm Forum und der International Pharmaceutical Federation gaben eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R4.

Die gemeinsame Zukunftsvision für gemeinsame Gesundheitsmaßnahmen der Europäischen Kommission und des WHO-Regionalbüros wurde durch den Austausch der Gemeinsam Erklärung der beiden Organisationen besiegelt.





## Ansprache der Generaldirektorin der WHO

Nachdem sie der Regionaldirektorin die besten Wünsche für das erste Regionalkomitee seit ihrem Amtsantritt ausgesprochen hatte, sagte die Generaldirektorin (Anhang 5), die aktuellen Krisen außerhalb des Gesundheitssektors machten eine Gesundheitspolitik erforderlich, die intelligenter, strategischer und innovativer sein müsse als je zuvor. Die Europäische Region der WHO sei weiterhin eine Pionierin für Grundsätze und Vorgehensweisen, die wie die Charta von Tallinn der öffentlichen Gesundheit in der ganzen Welt dienen, und sie sei eine Vorreiterin im Streben nach einer kohärenten globalen Gesundheitspolitik und habe dies auch während der hochrangigen Konferenz der EU im Juni 2010 demonstriert. Wie es in der Erklärung von Parma anerkannt worden sei, müssten Vertreter des Gesundheitssektors sich auch aktiv in anderen Sektoren engagieren, in denen sowohl der Schlüssel zur Lösung von Gesundheitsproblemen als auch die unbeabsichtigte Ursache für Erkrankungen liegen könne.

Mehrere globale Krisen bedrohten die begrüßenswerten, aber zerbrechlichen gesundheitlichen Fortschritte seit dem Jahr 2000. Die MZ hätten der internationalen gesundheitlichen Entwicklung enormen Auftrieb gegeben und Investitionen in Gesundheit brächten nachweislich Erfolge. Große Fortschritte seien erzielt worden in Bezug auf den Abbau der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren und ihren Müttern, der Zurückdrängung von Tuberkulose und Malaria sowie eine Ausweitung des Zugangs zu antiretroviraler Therapie. Insbesondere die globale Finanzkrise und der Klimawandel gefährdeten jedoch die Zugewinne in der Welt ebenso wie die Arbeit in der Europäischen Region zur Eliminierung von Masern und Röteln und zur Erhaltung der Poliofreiheit. Unter den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müsse der Gesundheitssektor einschließlich der WHO nicht nur für seine Finanzierung, sondern auch gegen Ermüdungserscheinungen und Gleichgültigkeit sowie die Versuchung durch einen Prioritätenwechsel kämpfen. Die Revolutionierung der Informationstechnologie bringe zwei neue Herausforderungen mit sich: eine steigende Nachfrage der Bevölkerung nach hochwertiger Versorgung und die Beeinflussung der öffentlichen Meinung über Gesundheit und Gesundheitsversorgung durch das breitere Angebot an Informationsquellen. Durch die letztgenannte Entwicklung werde die Autorität der Gesundheitsbehörden geschwächt, wie die Erfahrungen mit Masern-Mumps-Röteln-Impfstoffen und der Influenza-Pandemie gezeigt hätten.

Die WHO begrüße die Untersuchung ihrer Arbeit während der Pandemie durch den im Rahmen der IGV einberufenen Ausschuss als eine Methode, die ihr eine bessere Vorbereitung auf die nächste Notlage im Gesundheitsbereich erlaube, die internationale Gegenmaßnahmen erfordere. Die WHO sei dankbar, dass die Pandemie so milde verlaufen sei, und erkenne zugleich an, dass viele Dinge hätten besser gemacht werden können. Dennoch habe sie persönlich nie auch nur das geringste Anzeichen dafür gesehen, dass Wünsche der Pharmaindustrie oder finanzielle Interessen und nicht die Sorge um die öffentliche Gesundheit bzw. die Daten selbst eine Empfehlung oder Entscheidung der WHO beeinflusst hätten.

In ihren Schlussbemerkungen wiederholte sie ihren Aufruf zu einer intelligenteren, strategischeren und innovativeren Gesundheitspolitik. Erstens besäßen wirtschaftliche Argumente aktuell größere Überzeugungskraft in Bezug auf Investitionen in die Gesundheit. Zweitens müssten die richtigen Prioritäten und Konzepte beschlossen werden. Dazu sei ein strategisches Engagement auf drei Ebenen erforderlich, auf denen Länder und Gesundheitsministerien aus der Region schon früher Pionierarbeit geleistet hätten: die Erbringung lebensrettender Maßnahmen durch die internationale Gemeinschaft, die Stärkung der grundlegenden Kapazität und Infrastruktur des Gesundheitssektors und die Beeinflussung der konzeptionellen Rahmenbedingungen, die von allen Sektoren geformt würden. Drittens müssten innovative Methoden zur Finanzierung der Weiterentwicklung des Gesundheitsbereichs und zur Beendigung von Verschwendung und Unwirtschaftlichkeit gefunden werden. Der Weltgesundheitsbericht 2010 werde den letztgenannten Aspekt und die allgemeine Versorgung hervorheben und die Generaldirektorin äußerte die Hoffnung, dass die Länder ihn und die Charta von Tallinn dazu nutzen, die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region und darüber hinaus zu verbessern.

In der sich anschließenden Aussprache bekräftigten alle Redner ihre Unterstützung für und ihr Vertrauen in die WHO. Eine Delegierte bat die WHO eindringlich, ihren Einsatz für das Erreichen der MZ und insbesondere des MZ5 zur Müttersterblichkeit bis zum Zieldatum 2015 nochmals zu erhöhen. Dass sich die bevorstehende Generalversammlung der Vereinten Nationen mit den

MZ befasse, zeige die Bedeutung der Aufgabe. Globale Herausforderungen wie die Finanzkrise und der Klimawandel spornten die Länder zur Zusammenarbeit im Kampf gegen Ungleichheiten und für die Unterstützung der Gesundheitssysteme an. Die WHO sei eine unentbehrliche Akteurin in dieser Arbeit und ihre führende Rolle solle durch eine Ausweitung ihrer Autorität gestärkt werden. Während einer informellen Tagung der EU-Gesundheitsminister im Juli seien die Lehren aus der Influenza-Pandemie und notwendige Konsequenzen erörtert worden wie etwa eine stärkere Zusammenarbeit zur vollständigen Umsetzung der IGV, ein Verfahren der Mitgliedstaaten für Sammeleinkäufe der Impfstoffe und Vertragsverhandlungen mit den Herstellern, eine bessere Abstimmung der Mitteilungen für die Öffentlichkeit mit den Ergebnissen der Risikoanalyse und eine Überprüfung der Vorbereitungen auf eine Pandemie zur Sicherung einer flexiblen Vorgehensweise. Die Minister hätten zudem der Suche nach besseren Maßnahmen gegen Krebs hohe Priorität beigemessen.

In anderen Beiträgen wurde Übereinstimmung mit der Analyse der aktuellen und künftigen Herausforderungen für den Gesundheitsbereich (besonders im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten) durch die Generaldirektorin sowie ihren Aussagen zur Notwendigkeit des Lernens aus der Pandemieerfahrung, zu den globalen gesundheitsbedrohlichen Krisen und zu der wachsenden Verflechtung von Gesundheit und Politik geäußert. Die Lehren aus der Pandemieerfahrung verdienten im Rahmen der Vorbereitungen auf die nächste Notlage im Bereich der öffentlichen Gesundheit eine öffentliche Debatte. Die Pandemie habe nicht nur den Wert der IGV demonstriert, sondern auch die Notwendigkeit gezeigt, dass die Länder elementare Reaktionskapazitäten besitzen und ihre eigene Reaktion auswerten, dass Informationen über das Virus und seine Wirkungen sowie die medizinischen Gegenmaßnahmen ausgetauscht werden und dass international für die Bereitstellung von Impfstoffen zusammengearbeitet wird (und internationale Organisationen hierbei helfen).

Die Tagung der Generalversammlung zu den MZ und der Gipfel im Jahr 2011 zu den nichtübertragbaren Krankheiten belegten die zunehmende Bedeutung des Themas Gesundheit für die Politik. Die Gesundheitsminister sollten im Rahmen der Vorbereitungen der Länder auf diese Veranstaltungen substantielle Beiträge liefern und die WHO hierbei eine Führungsrolle übernehmen.

In ihrer Erwidmung dankte die Generaldirektorin den Ländern für ihre Unterstützung und nannte einige Lehren aus ihrer eigenen Erfahrung mit der Pandemie. Die IGV hätten sich als wertvoller Rahmen erwiesen, die Länder müssten allerdings ihre Überwachungs- und Reaktionskapazitäten verbessern. Der Wissensabstand zwischen Experten und Gesundheitsministern müsse verringert werden. Das eingeschränkte Impfstoffangebot und die begrenzte Herstellungskapazität hätten eine Herausforderung bedeutet, deren Ursache die begrenzte regelmäßige Nachfrage sei. In einer WHO-Region hätten Sammelbestellungen gut funktioniert und sowohl Engpässe als auch Preisunterschiede verhindert. Im Bereich der Kommunikation gebe es zwei Herausforderungen. Erstens müssten die Länder in der Lage sein ihren Bürgern zu erklären, warum sie anders reagieren als ihre Nachbarländer. Zweitens müssten die Mitgliedstaaten und die WHO mit den neuen Informationsmedien und -quellen fertig werden, in denen Nachrichten ungeprüft, aber schneller als über die traditionellen Kanäle samt Gesundheitsbehörden verbreitet würden. Die WHO müsse in diesem Bereich besser werden.

## Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region

(EUR/RC60/13, EUR/RC60/Conf.Doc./7)



© WHO/R.Kuznetsova

Der Direktor für Programm-Management beim Regionalbüro sagte, die angeregte europäische Gesundheitspolitik werde vermittels einer Anpassung des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms der Organisation an die epidemiologischen, politischen und institutionellen Besonderheiten in der Region formuliert. Der Kern des neuen Konzepts sei die Wiederbelebung des Bereichs der öffentlichen Gesundheit auf Grundlage bestehender Verpflichtungen wie GESUNDHEIT21, Gesundheit für alle und die Charta von Tallinn. Am Anfang des partizipatorischen Prozesses, der das Fundament für die Ausformulierung des neuen Konzepts sei, stehe eine

Podiumsdiskussion unter Beteiligung des belgischen Staatssekretärs für Soziales (der auch für behinderte Menschen zuständig sei), des kroatischen Staatssekretärs für Gesundheit, des finnischen Ministers für Gesundheit und Soziales, des ungarischen Staatssekretärs für Gesundheitsangelegenheiten, des norwegischen Ministers für Gesundheit und Versorgungsangebote, des polnischen Unterstaatssekretärs für Gesundheit, der portugiesischen Hohen Kommissarin für Gesundheit, des spanischen Generalsekretärs für Gesundheit, des slowenischen Gesundheitsministers, des schwedischen Leitenden Medizinalbeamten, des Dekans der Nordic School of Public Health und des Direktors des International Institute for Society and Health, University College, London.

In der gesamten Europäischen Region stünden lediglich 3% der Gesundheitsetats für Prävention zur Verfügung; daher müssten die Mittel gezielt insbesondere für schwache Gruppen ausgegeben werden. Angesichts der globalen Wirtschaftskrise müssten die Gesundheitsausgaben rationeller erfolgen und müsse insgesamt mehr für Prävention ausgegeben werden, ohne darüber Solidarität und Chancengleichheit aufzugeben. Die Podiumsrunde unterstütze die angeregte europäische Gesundheitspolitik und betonte, dass Transparenz hierbei von überragender Wichtigkeit sei. Dies könne durch sektorübergreifende Konsultationen, öffentliche Anhörungen und andere Mittel zur Sicherung einer breiten Beteiligung geschehen. Der Ansatz der „Gesundheit in allen Politikbereichen“, den Finnland während seiner EU-Präsidentschaft eingeführt habe, verlange den Gesundheitsbehörden einen Austausch mit anderen Sektoren ab, in dem sie für Gesundheit argumentieren und zugleich die Tagesordnung der anderen respektieren müssten.

Gesetzgebung sei unabdingbar für Chancengleichheit in Bezug auf die Determinanten von nichtübertragbaren Krankheiten. Vergleiche mit den Konzepten anderer Länder seien auch sinnvoll etwa im Fall der Rauchverbote in öffentlichen Räumen, da jedes Land von den Erfahrungen der anderen lernen könne.

In einer Wortmeldung wurde die Auffassung vertreten, die größte Herausforderung bestehe in der Schaffung einer stabilen und über einen Regierungswechsel hinaus beständigen Gesundheitspolitik. Angesichts der durch die globale Finanzkrise reduzierten Gesundheitsausgaben könne der Ansatz der Bevölkerungsgesundheit bei nichtübertragbaren Krankheiten durch die Initiierung von Präventionsmaßnahmen, die Zentralisierung spezialisierter Behandlungen und die Reorganisation der Versorgung angepasst werden.

Konzepte müssten auf Erkenntnissen beruhen, die wiederum von Daten der epidemiologischen Überwachung abhingen. Damit solche Daten besser genutzt würden, sollten die Grundsatzoptionen aufgrund von Forschungsergebnissen festgelegt werden. Kliniker würden zwar keine Arzneimittel verschreiben, deren Wirkung nicht erwiesen ist, doch schienen sie durchaus bereit zu sein, nicht erprobte Konzepte zu verwenden. Der einzige Weg zu Gewissheit über die Qualität der Indizien, welche für eine Verknüpfung der Sozialpolitik im weiteren Sinne mit der öffentlichen Gesundheit sprächen, sei eine systematische Untersuchung der Studien, aus denen diese Belege stammten.

Die Gesundheit der Bevölkerung sei für die Gesundheitskonzepte sowohl im Rahmen der nationalen Gesundheitsdienste als auch im Katastrophenfall von zentraler Bedeutung. Die Reform der primären Gesundheitsversorgung könne zwar zu gesundheitlichen Zugewinnen für eine ganze Nation führen, deren Durchschnitt spiegeln aber nicht hinreichend die Lage der benachteiligten Gruppen wider und es wurde an die Worte der Generaldirektorin während der Weltgesundheitsversammlung erinnert: „Wenn wir die Armen nicht erreichen, erreichen wir gar nichts.“ Die WHO spiele für die Mobilisierung des politischen Willens eine wesentliche Rolle.

Das Sammeln von Erkenntnissen sei nicht genug; sie müssten für die Überzeugungsarbeit und Entscheidungsfindung auch aufbereitet werden. Außerdem fehle es noch an guten Indikatoren für die Auswertung von Konzepten. Da sich gesundheitliche Resultate nur langsam änderten, seien sowohl Indikatoren erforderlich, die schnell auf konzeptionelle Veränderungen reagierten, als auch solche, die auf langfristig angelegte Konzepte ansprächen, in denen Gesundheit nur eines der Ergebnisse sei. Eine „Umsetzungswissenschaft“ sei notwendig, die auch überzeugende Argumente für Politiker darüber enthalten müsse, dass die Aufnahme von gesundheitlicher Chancengleichheit in ihre Politik ihrer eigenen politischen Tagesordnung förderlich sei.

Selbst in Zeiten globaler Krise müsse die Wertvorstellung der allgemeinen Versorgung, Solidarität und Chancengleichheit respektiert werden. Knappe Ressourcen müssten noch sorgfältiger durch Investitionen in Gesundheitsvorsorge, -förderung und -schutz sowie in angemessene, hochwertige und zugängliche Versorgung eingesetzt werden. Die Krisen sollten als Chance begriffen werden, Bewertungsinstrumente und kostenwirksamere Maßnahmen einzuführen.

Die primäre Gesundheitsversorgung sei mehr als eine Versorgungsebene im Gesundheitssystem, sie sei ein schrittweiser Prozess zur Gesundheit und Gesundheit für alle sei eine Zukunftsvision: die Gesundheitssysteme seien die Werkzeuge zu ihrer Verwirklichung. Gesundheit und medizinische Leistungen sollten Teil eines umfassenden Systems sein, dessen Grundelemente durch gerechte Finanzierung, allgemeinen Zugang, effiziente Organisation, gute politische Führung sowie Kontrolle und Auswertung miteinander



verknüpft seien. Die Stimme der Bürger sei eine nicht ausgeschöpfte Ressource zur Gestaltung von Gesundheitsangeboten, die den Bedürfnissen und Forderungen der Gesellschaft gerecht würden; außerdem solle man Bündnisse mit anderen Sektoren wie dem Bildungssektor eingehen. 2006 habe das Regionalkomitee eine Strategie für einen „Zugewinn an Gesundheit“ durch Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gebilligt. Leider sei diese Strategie aber noch nicht vollkommen umgesetzt worden.

Zum Thema der Einbeziehung des Bürgers und der Zivilgesellschaft in die Entwicklung wurde darauf hingewiesen, dass Menschen unterschiedlichen Alters auch unterschiedliche Bedürfnisse hätten. Wenn man versuche das Verhalten der Menschen zu ändern, müsse man ihre Perspektive dabei berücksichtigen.

Der Direktor des International Institute for Society and Health, University College, London, erinnerte daran, dass gesundheitliche Ungleichheiten schon Mitte des 19. Jahrhunderts festgestellt worden seien, dass der Zusammenhang zwischen Sozial- und Gesundheitspolitik aber erst jetzt hergestellt werde. Er begrüßte es, dass die WHO die sozialen Determinanten von Gesundheit zu einer Priorität gemacht habe und fügte hinzu, dass 23 Länder in der Region um Unterstützung von Aktivitäten in dieser Hinsicht gebeten hätten. Das Thema sei aufgrund des fehlenden Verständnisses und der fehlenden Umsetzungsprozesse bislang ignoriert worden. Die vorausgegangene Podiumsdiskussion habe gezeigt, dass es schon Bewegung in Richtung gesundheitlicher Chancengleichheit gebe; jetzt müsse sie gefördert werden.

Der Europäische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherpolitik wiederholte, dass gesundheitliche Ungleichheiten wie zum Beispiel in Bezug auf Kindersterblichkeit oder Lebenserwartung nicht geduldet werden dürften. Prävention sei eine Säule, auf der Chancengleichheit aufbauen könne; sie sei auch eine Rücklage, mit der Gesundheit für alle rechnen könne. Die operativen Hindernisse in Form finanzieller und personeller Ressourcenengpässe müssten durch konzertierte Planung und Handlung innerhalb der Partnerschaften überwunden werden.

Die Regionaldirektorin sagte, sie fühle sich durch die positiven Reaktionen der Podiumsrunde auf die angeregte europäische Gesundheitspolitik ermutigt. Auch wenn die Lebenserwartung in der Region zugenommen habe, so klaffe zwischen den höchsten und den niedrigsten Werten eine Lücke von 20 Jahren. Ein integriertes Rahmenkonzept werde den Gesundheitszustand verbessern und gleichzeitig Benachteiligungen abbauen helfen. Es sei klar, dass mehr Ressourcen in die Prävention investiert werden müssten, doch sollten sie gut und so angelegt werden, dass sie die Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten in Angriff nähmen, welche den größten Teil der Krankheitslast in der Region ausmachten. Sie stimme mit dem Podium darin überein, dass sektorübergreifende Gesundheitskonzepte benötigt würden, die einen Regierungswechsel überdauerten.

Ein Vertreter, der im Namen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks sprach, sagte, der Aufbau oder die Stärkung von Angeboten für die Bevölkerungsgesundheit genieße in den Ländern des Netzwerks Priorität. Er unterstützte den Resolutionsentwurf und die fünf im Dokument genannten gesundheitspolitischen Prioritäten. Andere Delegierte schilderten die wichtige Rolle, die der öffentlichen Gesundheit in ihren Ländern zukomme und begrüßten die Anregung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik, durch die ein kohärenter Rahmen für die nationalen Konzepte entstehen würde. Er solle auf einer systematischen Durchsicht der Aktivitäten aller relevanten Organisationen einschließlich des Regionalbüros aufbauen. Die Untersuchungen zu den sozialen Determinanten von nichtübertragbaren Krankheiten würden langfristige Herausforderungen durch die demografischen Veränderungen feststellen.

Die European Coalition for Diabetes, das European Forum of National Nursing and Midwifery Associations, die Thalassaemia International Federation, die International Insulin Foundation und Alzheimer's Disease International gaben jeweils eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R5.

# Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit

(EUR/RC60/14, EUR/RC60/Conf.Doc./8)

Die Sonderberaterin der Regionaldirektorin erklärte, die Organisation der Gesundheitssysteme sei eine Angelegenheit der jeweiligen Länder, doch aufgrund des grenzüberschreitenden Charakters der meisten Gesundheitsrisiken spielten beim Schutz der Gesundheit der Bevölkerung außenpolitische Aspekte eine zunehmend wichtige Rolle. In der Resolution A/RES/64/108 der Generalversammlung der Vereinten Nationen würden die Auswirkungen der Außenpolitik auf die globale Gesundheitssituation anerkannt. Die Ministererklärung von Oslo gehe sogar noch einen Schritt weiter mit der Feststellung, dass die Auswirkungen auf die globale Gesundheitssituation ein bestimmendes Merkmal der Außenpolitik sein sollten. Durch Vergabe von Forschungsaufträgen, Förderung der Entwicklung im Bereich der globalen Gesundheitsdiplomatie und Unterstützung der Oslo Declaration Group habe sich die WHO um ein tieferes Verständnis des Beziehungsgeflechts zwischen Außenpolitik und globaler Gesundheitspolitik bemüht. Die Regionalbüro strebe eine Fortsetzung des Dialogs zwischen den maßgeblichen Protagonisten zum Thema Außenpolitik und Gesundheit an und beabsichtige, eine systematische Zusammenstellung und Analyse der Informationen über Außenpolitik und Gesundheit in der Region zu fördern und bei der fachübergreifenden Thematik Gesundheit und Außenpolitik engere Kontakte mit der Wissenschaft zu knüpfen.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees erklärte, die Wechselwirkung zwischen Gesundheit, Außenpolitik und Entwicklungspolitik stelle in verschiedener Hinsicht eine Herausforderung in Bezug auf Politikkohärenz dar. Erstens müsse eine solche Kohärenz oft zunächst einmal auf nationaler Ebene zwischen mindestens drei Ressorts (Gesundheit, Auswärtiges und Entwicklungszusammenarbeit) hergestellt werden; dazu kämen manchmal noch die Ressorts Wirtschaft, Finanzen, Umwelt, Wissenschaft und Planung. Zweitens müsse es ein Kontinuum geben zwischen der nationalen, der europäischen und der globalen Gesundheitspolitik; nationale Konzepte könnten heute nicht mehr isoliert festgelegt werden. Drittens müsse es eine Kohärenz zwischen den verschiedenen internationalen Organisationen und Foren geben, die sich mit der globalen Gesundheitspolitik befassen. Mehrere Mitgliedstaaten hätten sich durch konkrete Maßnahmen um mehr Politikkohärenz in der globalen Gesundheitspolitik bemüht. Als Beispiel erläuterte der Delegierte die von seiner Regierung ergriffenen Maßnahmen. Politikkohärenz setze konkrete Verpflichtungen voraus, aber auch ein erhebliches Maß an Geduld, Vertrauen sowie Kapazitäten und Erfahrungsaustausch.

In der anschließenden Podiumsdiskussion sagte die norwegische Botschafterin für HIV/Aids, seit der Ministererklärung von Oslo vor drei Jahren habe es enorme Fortschritte gegeben. Bei der Entwicklung hin zur Gesundheitsdiplomatie und zu einer globalen Gesundheitspolitik müssten die Schwerpunkte auf Handel, Migration, humanitäre Fragen und Menschenrechte gelegt werden.

Der französische Botschafter in der Russischen Föderation wies darauf hin, dass sich Diplomatie und Gesundheit in vielen Bereichen überschneiden, etwa bei politischen und humanitären Krisen (Große Seen, Somalia), in der Entwicklungsfinanzierung, beim Freihandel und bei Fragen des geistigen Eigentums und der Vermarktung von Arzneimitteln, aber auch bei der Bewältigung von Naturkatastrophen und Epidemien. In all diesen Bereichen könnten die Bemühungen der Diplomaten durch den pragmatischen Sachverstand der Gesundheitsfachkräfte ergänzt werden.

Der estnische Minister für Soziales wies auf die Notwendigkeit entschlossenen Handelns auf nationaler wie internationaler Ebene als Beitrag zu mehr Gesundheit in der Europäischen Region und weltweit hin. Selbst ein kleines Land wie seines könne – den nötigen guten Willen und Einsatz vorausgesetzt – seinen Beitrag leisten, wie die Beteiligung Estlands an der Katastrophenhilfe in Haiti, am Aufbau des Krankenhaussystems in Afghanistan und an der Ausarbeitung der Charta von Tallinn gezeigt habe.

Eine stellvertretende Gesundheitsministerin der Russischen Föderation nannte einige der finanziellen Beiträge ihres Landes zur Verwirklichung des Ziels der globalen Gesundheit, die sowohl in staatlicher Eigenregie als auch im Rahmen der Gruppe der acht wichtigsten Industrienationen (G-8) geleistet worden seien. Natürlich könne dieses große Ziel nicht durch finanzielle Leistungen allein erreicht werden. Deshalb habe ihr Land auch mobile Teams zur Epidemieprävention sowie für den Einsatz in Krisensituationen geschaffen und ein umfassendes Programm mit Schulungen und organisatorischen Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeitsraten von Müttern und Kindern in die Wege geleitet.

Die Generaldirektorin für Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission wies auf eine Reihe innovativer Aspekte im Vertrag von Lissabon hin, die es Europa ermöglichen, in der Außenpolitik mit einer Stimme zu sprechen, was zu einer Verstärkung der Maßnahmen zur Bewältigung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren führen werde. Die EU betrachte Handel, Migration, Sicherheit, Entwicklungshilfe und Klimawandel als vorrangige Handlungsfelder für die globale Gesundheitspolitik und erwarte sich von der WHO eine starke Führungsrolle auf diesem Gebiet.

Der Leiter des Sekretariats des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bezeichnete es als wichtig, die wachsende Rolle von Gesundheit in der Entwicklungspolitik näher zu analysieren und in jüngster Zeit eingeführte gesundheitspolitische Instrumente auf etwaige Verknüpfungen zur Außenpolitik zu überprüfen. Das Rahmenübereinkommen sei das erste konkrete Beispiel für eine solche Verknüpfung. In dem Übereinkommen würden Handel und geistige Eigentumsrechte thematisiert, doch weit wichtiger sei, dass nun das internationale Recht in die globale Gesundheitsagenda Einzug gehalten habe, da das Übereinkommen ein internationales Rechtsinstrument sei.

Die Leiterin des Global Health Programme beim Graduate Institute of International and Development Studies in Genf erklärte, das Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheit und Außenpolitik könne aus vier verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden: Außenpolitik als Hindernis für die Gesundheitspolitik; Gesundheit als Instrument der Außenpolitik; Gesundheit als integraler Bestandteil der Außenpolitik; und Außenpolitik als Mittel zur Verbesserung der Gesundheitssituation. Die WHO solle sich mit der Frage befassen, inwiefern Gesundheit ein Ergebnis einer guten Außenpolitik oder ihr Ausgangspunkt sein könne.

In der anschließenden Aussprache sagte eine Delegierte im Namen der Europäischen Union, zwar müsse das WHO-Hauptbüro bei den Anstrengungen zur Verbesserung der globalen Gesundheitssituation an vorderster Front stehen, doch könne die Europäische Region ihre eigenen Institutionen aufbauen, müsse dabei aber darauf achten, Doppelarbeit zu vermeiden. Zu den Prioritäten Europas in der globalen Gesundheitspolitik gehörten ein allgemeiner Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und Politikkohärenz in den Bereichen Wirtschaft und Finanzen, Sicherheit, Einwanderung, Lebensmittelsicherheit und Klimawandel. Der beste Weg zur Verwirklichung von globaler Gesundheit liege in der Stärkung der Gesundheitssysteme und der Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Die EU begrüße zwar den nun dem Regionalkomitee vorgelegten Resolutionsentwurf, doch halte sie es für wünschenswert, im Text mehr auf den Titel Bezug zu nehmen, indem durchgehend das Wort „Außenpolitik“ durch „Außenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit“ ersetzt würden.

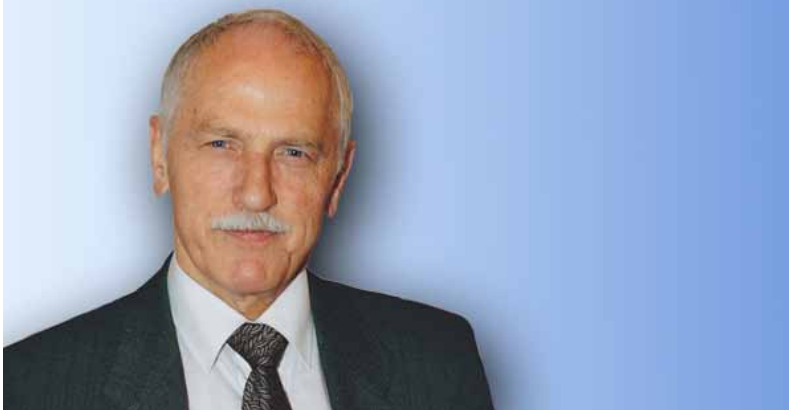
In zwei Redebeiträgen wurde auf die besondere Situation von Ländern hingewiesen, deren Gesundheitssysteme dadurch überlastet seien, dass sie aufgrund von Migrationsbewegungen oder aus anderen Gründen weit mehr als die Bevölkerung ihres Landes versorgen müssten. In einer der Wortmeldungen wurde geschildert, wie sich die Verknüpfung zwischen Außenpolitik und Gesundheit in kleinen Maßnahmen äußere, etwa in der Ausbildung ausländischer Medizinstudenten, die dann nach der Rückkehr in ihre Herkunftsländer eine bessere Gesundheitsversorgung für ihre Landsleute aufbauen könnten.

Ein anderer Delegierter, dessen Land von internationalen Initiativen im Gesundheitsbereich profitiert hatte, bezeichnete es als wünschenswert, von anderen Ländern mehr über ihre positiven und negativen Erfahrungen zu erfahren. Besonders empfehlenswert sei es, Kapazitäten für die Schulung von Diplomaten und Vertretern von Gesundheitsbehörden in Bezug auf Fragen der Außen- und Gesundheitspolitik aufzubauen.

Die Regionaldirektorin bekräftigte in ihrer Antwort auf die Beiträge aus dem Plenum, dass die öffentliche Gesundheit zunehmend globale Züge aufweise. Ihre Verknüpfungen zu Umweltfragen seien hinreichend bekannt; nun sei durch die Charta von Tallinn auch die Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits- und der Finanzpolitik eingeläutet worden. Doch die Überschneidung zwischen Gesundheits- und Außenpolitik sei noch ein relativ neues Thema, und das Regionalbüro werde sich in diesem Bereich um Kohärenz bemühen.

Der Rechtsberater wies darauf hin, dass die praktische Wechselbeziehung zwischen öffentlicher Gesundheit und Außenpolitik auf dem Gebiet des internationalen Rechts zum Tragen komme, wie dies von einer Delegation erläutert worden sei. Eine solche Interaktion sei in den Bereichen Handel, geistige Eigentumsrechte, Migration, Umwelt und Menschenrechte deutlich zu beobachten. Der dem Regionalkomitee vorgelegte Resolutionsentwurf enthalte Instrumente, mit denen die Vertreter von Gesundheitsbehörden sich mit Fragen der Außenpolitik auseinandersetzen könnten, doch bei der Aushandlung des Rahmenübereinkommens sei auch die Notwendigkeit rechtlicher Instrumente für medizinische Fachkräfte zutage getreten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R6.



## Gedenken an Dr. Jo Eirik Asvall

Zum Gedenken an den Regionaldirektor i. R., den verstorbenen Dr. Jo Eirik Asvall, wurden zwei Videofilme gezeigt, in denen sein Leben und seine Arbeit dargestellt wurden. Die Regionaldirektorin und die Ministerin für Gesundheit und Pflegewesen aus seinem Heimatland Norwegen würdigten in je einer Rede sein Lebenswerk, seine Leistung und seine Führungskompetenz bei der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region. Anschließend bedankte sich seine Tochter im Namen ihrer Familie bei der Regionaldirektorin für die Gedenkstunde. Zwei Delegierte teilten mit, ihre Hochschulen für Gesundheitswissenschaften würden künftig Stipendien in seinem Namen vergeben. Eine Gedenkpublikation wurde an die Delegierten verteilt.



## Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa

(EUR/RC60/17, EUR/RC60/Conf.Doc./10)

Der Koordinator für Umwelt und Gesundheit beim Regionalbüro erinnerte daran, dass die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit im März 2010 in Parma (Italien) ein bedeutender Meilenstein in der 20-jährigen Geschichte des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa gewesen sei. Die Konferenz habe die Erklärung von Parma und das Dokument „Entschlossenheit zum Handeln“ angenommen, die von der Europäischen Kommission und von Vertretern der Jugendlichen jeweils durch eine Erklärung unterstützt worden seien. In den beiden Abschlussdokumenten seien eine Reihe vorrangiger Handlungsbereiche thematisiert worden, darunter die Gesundheitsrisiken für Kinder und andere gefährdete Gruppen aufgrund von Einflüssen wie unzureichenden Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen, sozioökonomischen und geschlechtsbedingten Ungleichheiten, dem Klimawandel, nichtübertragbaren Krankheiten und toxischen Chemikalien. Zum ersten Mal seien messbare Ziele für den Zugang zu einer sicheren Wasserver- und Abwasserentsorgung sowie in Bezug auf Bewegungsmöglichkeiten und gesunde Ernährung, eine bessere Luftqualität und die Regelung der Schadstoffexposition festgelegt worden.

Seit der Konferenz habe die Region Vulkanausbrüche, Überschwemmungen und zahlreiche andere extreme Wetterereignisse erlebt, und nicht zuletzt vor kurzem die Hitzewelle und die damit verbundenen großflächigen Waldbrände in der Russischen Föderation. Diese Ereignisse zeugten davon, wie wichtig eine Verstärkung der Bereitschaftsplanung, der Aufbau fachlicher Kapazitäten und ein zügiger Wissens- und Informationsaustausch seien – allesamt Bereiche, in denen die WHO eine bedeutende Vermittlerrolle spielen müsse, sowohl durch Mobilisierung von Sachverstand als auch durch Unterstützung für die Mitgliedstaaten.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa sei ein Beispiel für eine äußerst erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ unter Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren. Für seine Fortsetzung müsse die Politik eine angemessene Führungsrolle einnehmen; deshalb habe die Konferenz einen gestärkten Führungsmechanismus geschaffen, der einerseits in einer

größeren Eigenverantwortung und Rechenschaftspflicht der Länder für die Verpflichtungen von Parma und andererseits in der Schaffung eines neuen internationalen Ministerausschusses bestehe, durch den der politische Stellenwert des Prozesses auch in personeller Hinsicht angehoben werde. Die ihm an die Seite gestellte Sonderarbeitsgruppe werde als ein Forum für den Austausch bewährter Praktiken dienen, der die Arbeit zur Einhaltung der Verpflichtungen und zur Bestimmung neuer Herausforderungen steuere.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees erklärte, der SCRC habe den Erfolg der Konferenz, die große Resonanz gefunden habe, erfreut zur Kenntnis genommen. Sie sei der krönende Abschluss eines langen Vorbereitungsprozesses gewesen, der 2007 mit einer Halbzeitbilanztagung in Wien begonnen habe. Auf der Konferenz habe allgemeines Einvernehmen über die Notwendigkeit bestanden, dem Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa für die kommenden Jahre eine effektive Führungsstruktur an die Hand zu geben. Die Führungsarbeit auf hoher politischer Ebene solle von einem Ministerausschuss erledigt werden, während eine Sonderarbeitsgruppe für Erfahrungsaustausch, Vernetzung und gegenseitige Unterstützung zuständig sei. Der Ständige Ausschuss unterstütze die Ergebnisse der Konferenz in vollem Umfang.

An einer anschließenden Podiumsdiskussion nahmen der zyprische Gesundheitsminister, eine Vertreterin des russischen Ministeriums für Gesundheit und soziale Entwicklung, die Staatssekretärin im isländischen Gesundheitsministerium, der serbische Gesundheitsminister, der Regionaldirektor für Europa des Umweltprogramms der Vereinten Nationen, der Stellvertretende Exekutivsekretär der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, die Generaldirektorin für Gesundheit und Verbraucherschutz bei der Europäischen Kommission und die Leiterin der Abteilung für internationale Beziehungen beim belgischen Bundesministerium für Lebensmittelsicherheit und Umwelt teil.

Auf dem Gebiet des Umweltschutzes sei internationale Zusammenarbeit ebenso von entscheidender Bedeutung wie effektive Partnerschaften über Sektorgrenzen hinweg, an denen sich auch Wissenschaftler und Berufsverbände beteiligen könnten. Geeignete Mechanismen zur Förderung des politischen Willens seien die Bildung von Beratungsgremien, die Durchführung von Aktionsplänen mit klaren Zeitrahmen und die Beteiligung von Gesundheitsministern im EU-Ministerrat.

Die Vertreterin des russischen Gesundheitsministeriums erklärte, in ihrem Land seien in allen Politikbereichen wie auch in der Privatwirtschaft Gesundheitsnormen eingeführt worden, und in allen Regionen finde eine Überwachung der Gesundheitssituation statt. Als Beispiel für eine sektorübergreifende Zusammenarbeit wurde ein Regierungsausschuss für biologische Sicherheit und Chemikaliensicherheit genannt, der zwar unter dem Vorsitz des Gesundheitsministeriums gestanden, aber Vertreter aus insgesamt zehn Ministerien umfasst habe. Diese sektorübergreifende Zusammenarbeit sei auf die Probe gestellt worden, als im August eine Hitzewelle und die darauf folgenden Waldbrände in der Gegend um Moskau zahlreiche staatliche Stellen auf den Plan gerufen hätten. Die oberste Regel in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit sei eine klare Rollenverteilung. Zwei weitere Podiumsteilnehmer schilderten Beispiele für eine gelungene Zusammenarbeit. Die Staatssekretärin im isländischen Gesundheitsministerium erläuterte die Gegenmaßnahmen in ihrem Land nach dem Ausbruch des Vulkans Ejaflayajokul, die unter strenger Einhaltung der Bestimmungen der IGV erfolgt seien. Darüber hinaus habe das Regionalbüro unverzüglich eine Beratergruppe eingesetzt, und auch die Europäische Kommission und das ECDC hätten Berater bereitgestellt. Der serbische Gesundheitsminister beschrieb ein Energieeffizienzprogramm in seinem Land, das 2002 zusammen mit dem Bildungssektor und dem Sozialwesen durchgeführt worden sei und zur Schließung zahlreicher Einrichtungen im Stadtzentrum von Belgrad bzw. zu ihrer Umstellung auf Erdgas geführt habe. Dabei seien Energieeinsparungen in Höhe von 40% und CO<sub>2</sub>-Einsparungen in Höhe von 50% erzielt worden.

Der Vertreter des Umweltprogramms der Vereinten Nationen äußerte die Einschätzung, dass vor Einleitung neuer Initiativen bestehende Maßnahmen gestärkt werden müssten, etwa die gesamteuropäische Initiative zur Beseitigung der Armut, die Initiative für saubere Brenn- und Kraftstoffe, die Verhandlungen zur Beseitigung der Folgen von Quecksilberbelastung, das Strategische Konzept für das internationale Chemikalienmanagement, die Maßnahmen zur Förderung der ökologischen Landwirtschaft und Initiativen im Bereich Umwelt und Sicherheit.

Auch wenn manche Aspekte von Gesundheit keinen direkten Bezug zum Umweltschutz hätten, so könnten im Umweltschutz tätige Personen doch auch zum Schutz der Gesundheit beitragen, wenn die Prioritäten in beiden Bereichen entsprechend neu definiert würden. So bestünden bereits Verknüpfungen zwischen Gesundheit und den Handlungsbereichen Wasserversorgung, Verkehrsemissionen und Schwermetalle. Eine ehrgeizige Umweltpolitik komme auch dem Schutz der Gesundheit zugute. Die EU sei die einzige Region, in der die gesundheitliche Wirkung aller landwirtschaftlichen Chemikalien untersucht worden sei, und der Ausstieg aus der Verwendung aller krebserregenden, erbgutverändernden oder fortpflanzunggefährdenden Stoffe sei schon vollzogen; nun stünden die Industriechemikalien auf dem Prüfstand. Bei der Bekämpfung der Adipositas und anderer lebensstilbedingter Erkrankungen seien Rechtsvorschriften eingeführt worden, in denen die Inhaltsstoffe und die Veränderung der

Zusammensetzung von Lebensmitteln sowie die Werbung für Kinder geregelt würden. Besonderer Wert werde auf eine Beteiligung der Jugend gelegt, die verstärkt sensibilisiert und aufgeklärt werden solle.

Zur Umsetzung der Erklärung von Parma und des Dokuments „Entschlossenheit zum Handeln“ müssten sich die Politiker mit deren Inhalt vertraut machen. Eine wichtige Botschaft laute, dass Umwelt und Gesundheit gleichermaßen wichtig seien und gleichzeitig gefördert werden müssten. Die sektorübergreifende Zusammenarbeit werde durch die Schaffung des geplanten Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit wichtige Impulse erhalten. Zur konkreten Ausgestaltung politischer Erklärungen seien Partnerschaften mit anderen Akteuren wie nichtstaatlichen Organisationen, Jugendorganisationen oder lokalen Verbänden notwendig.

Die Regionaldirektorin bemerkte, die Podiumsdiskussion sei ein herausragendes Beispiel für sektorübergreifende Zusammenarbeit gewesen. Sie stellte fest, dass es einen klaren Konsens hinsichtlich der in Parma festgelegten Prioritäten und der Fortsetzung bestehender Partnerschaften gebe. Angesichts der wachsenden Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu Lasten gefährdeter Gruppen sowie im Hinblick auf die Folgen des Klimawandels herrsche dringender Handlungsbedarf.

In der anschließenden Aussprache beglückwünschte die Delegierte eines Landes, die im Namen der EU das Wort ergriff, die Organisation und die Mitgliedstaaten zur Annahme der Erklärung und des Dokuments „Entschlossenheit zum Handeln“. Die EU habe in ihrer vor kurzem verabschiedeten Strategie „Europa 2020“ einige sehr wichtige Ziele verankert, darunter die Anhebung der Erwerbstätigenquote, die Erhöhung der Investitionen in Forschung und Innovation, die Verbesserung der Energieeffizienz und die Erhöhung des Anteils erneuerbarer Energieformen am Endenergieverbrauch, aber auch die Befreiung der Bürger aus Armut und sozialer Ausgrenzung. Diese Ziele stünden vollständig im Einklang mit den Vorgaben aus dem Dokument „Entschlossenheit zum Handeln“. Die EU begrüße die Vorschläge in Bezug auf die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa, einschließlich der Pläne für eine Stärkung der politischen Führung.

Andere Delegierte gratulierten dem Regionalbüro und dem gastgebenden Land Italien zu dem Erfolg der Konferenz und begrüßten die Erklärung von Parma und das Papier Entschlossenheit zum Handeln. Die Fortschritte auf die in dem zuletzt genannten Dokument enthaltenen Ziele zu sollten mit Hilfe vordefinierter Indikatoren verfolgt werden, während sich die Arbeit im Rahmen des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa auf die Verbindung zwischen Umweltfaktoren und der Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten konzentrieren solle.

Von der Konferenz sei das klare Signal ausgegangen, dass die Arbeit zum Thema Umwelt und Gesundheit fortgesetzt werden solle: nun sei es an allen Akteuren – nicht nur aus unterschiedlichen Sektoren, sondern auch aus unterschiedlichen Ländern – die Herausforderungen anzunehmen. Genauere Informationen sollten über die wichtigsten Determinanten für die Gesundheit benachteiligter Gruppen (wie Kinder, alte Menschen und sozial schwache Schichten) gewonnen werden, damit zielgerichtete Maßnahmen eingesetzt und soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden könnten. Die Auswirkungen von Klimawandel und Naturkatastrophen unterstrichen die Notwendigkeit von Anpassungsmaßnahmen und einer besseren Aufklärung der Öffentlichkeit; das Regionalbüro könne hier für Impulse sorgen und den Erfahrungsaustausch in diesen Bereichen fördern.

Die Arbeit des Regionalbüros solle in die vorhandenen globalen Mechanismen unter dem Dach der Vereinten Nationen integriert werden. In diesem Zusammenhang begrüßte der Vertreter eines Landes die Errichtung einer Gruppe von „Freunden der öffentlichen Gesundheit“ aus Unterhändlern, die mit dem Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen befasst sind. In einem anderen Beitrag wurde die Entschlossenheit eines Landes bekräftigt, das Bewusstsein für die negativen gesundheitlichen Konsequenzen einer Belastung mit obsoleten Chemikalien zu schärfen, die in der Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA63.26 im Mai 2010 hervorgehoben worden waren.

Eine Erklärung im Namen des Jugendnetzwerks der WHO für den Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region (CEHAPE) wurde abgegeben.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R7.



## Ansprache des WHO-Regionaldirektors für den östlichen Mittelmeerraum



Der Regionaldirektor für den östlichen Mittelmeerraum erinnerte daran, dass seine Region eine Reihe komplexer Notsituationen erlebe, etwa in Afghanistan, im Irak, in Pakistan, in Somalia und im Sudan. Das Ausmaß der Katastrophe in Pakistan nach den Überschwemmungen in jüngster Zeit, bei denen mindestens 19 Millionen Menschen ihr Zuhause verlassen mussten, werde erst langsam absehbar. Nach dem katastrophalen Erdbeben in Pakistan im Oktober 2005, das mehr als 35 000 Menschen binnen sieben Minuten das Leben gekostet habe, habe man Epidemien von Infektionskrankheiten wie Cholera und Poliomyelitis verhindern können. In der aktuellen Notlage sei das Hauptproblem das Fehlen sicheren Trinkwassers und die enormen Wassermassen, welche die Vermehrung von Mücken stark begünstigten. Malaria sei daher wieder auf dem Vormarsch und Epidemien durch Cholera und Krankheiten, die von Schädlingen übertragen würden, seien zu erwarten. Alle Bestände an mit Insektiziden imprägnierten Bettnetzen und Zelten seien mobilisiert worden, aber Tausende mehr würden benötigt. Der erste Spendenaufruf sei moderat befolgt worden, da das Ausmaß der Folgeschäden aus den Überschwemmungen noch nicht absehbar gewesen sei. Viel mehr Ressourcen würden rasch benötigt.

Das Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum unterhalte seit vielen Jahren gute Beziehungen zum Regionalbüro für Europa. Ein Beispiel sei die Organisation gemeinsamer Impftage zur Prävention von Epidemien in den Mitgliedstaaten im Grenzbereich zwischen den beiden Regionen. Das Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum habe seit langem die wachsende Bedeutung der Themen nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitssicherheit anerkannt und die wichtige Rolle der Armutsbekämpfung und der Befähigung von Frauen in seinen gemeindenahen Gesundheitsinitiativen benannt.

Ein Vertreter bemerkte, der Regionaldirektor für den östlichen Mittelmeerraum habe dem Regionalkomitee die Augen für das Ausmaß der ihm bevorstehenden Herausforderungen geöffnet. Viele der Delegierten kämen aus Mitgliedstaaten, die führende Geberländer seien, und sie würden die Botschaft an die zuständigen Organisationen weiterleiten. Er sei dankbar zu erfahren, dass das Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum trotz der katastrophalen Verhältnisse, mit denen es zu tun habe, weiter die Bewältigung der gesundheitspolitischen Herausforderungen vorantreibe. Langfristige Programme zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten bildeten die Grundlage zur Sicherung von Wohlstand und Wachstum.

Die Generaldirektorin fügte hinzu, dass die Lage in Pakistan die schwierigste sei, mit denen viele humanitäre Hilfsorganisationen jemals konfrontiert worden seien. Die Krise sei noch in ihrer Entwicklungsphase und erfordere die Mobilisierung mehrerer Sektoren für die Bereitstellung von Trinkwasser, Abwasserentsorgung, Unterkünften und Lebensmitteln, und das für noch mindestens sechs bis zwölf Monate. Daher sei ein interinstitutioneller Lenkungsausschuss eingerichtet worden, der die Aktivitäten des Nothilfekoordinators ergänzen solle. Wegen der Gefahr eines Choleraausbruchs überwache eine zentrale Kontrollstelle die Lage sehr genau. Nur 50–60% der für Hilfe und Wiederaufbau erforderlichen Ressourcen seien verfügbar und sie bat daher die Mitglieder des Regionalkomitees eindringlich, weitere Beiträge zu leisten.

Ein Vertreter dankte dem Regionaldirektor für den östlichen Mittelmeerraum für seine Unterstützung einer Tagung in Kabul im Jahr 2009, die zu einer Zusammenarbeit zwischen Afghanistan und Turkmenistan in der Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten geführt habe.

Die Regionaldirektorin für Europa lobte die laufende Zusammenarbeit zwischen den beiden Regionalbüros. Sie hoffe, dass das MECACAR-Projekt (Mittlerer Osten, Kaukasus und Zentralasien) für eine koordinierte Polioimpfung der Kinder in 18 Ländern beider Regionen auf andere Bereiche ausgedehnt werden könne. Sie erinnerte auch an gemeinsame Projekte, die der Europäischen Region helfen würden, malariafrei zu werden.



## Die künftige Finanzierung der WHO

(EUR/RC60/18, EUR/RC60/Conf.Doc./12)

Die Regionaldirektorin erinnerte an die wichtigsten Punkte bei der Erörterung des Haushalts auf den Tagungen von Exekutivrat und Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2009: die bessere Angleichung zwischen von den leitenden Organen vereinbarten Prioritäten und den verfügbaren Mitteln und die Sicherung einer besser vorhersehbaren Finanzierung, damit eine realistischere Planung und eine effektivere Verwaltung möglich würden. Die Generaldirektorin habe die Thematik weiter verfolgt, indem sie in einer informellen Konsultation mit hochrangigen Vertretern einer repräsentativen Gruppe von Ländern einen Fragebogen formuliert habe, der auf der Website der Organisation veröffentlicht worden sei. Die Antworten aus der Befragung würden mit den Ergebnissen der Erörterungen der Regionalkomitees im Jahr 2010 kombiniert und in einen Bericht an den Exekutivrat für dessen 128. Tagung einfließen. Die Generaldirektorin habe eine Note an alle Regionalkomitees mit der Bitte versandt, einige wichtige Themen zu beleuchten.

Die Finanzierung der WHO sei von besonderer Bedeutung für die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region, da diese eine aktive Rolle in den Grundsatzdebatten und der übergeordneten strategischen Entwicklung der WHO spiele und 53% des Gesamtvolumens an freiwilligen Beiträgen der Mitgliedstaaten und 43% der ordentlichen Beiträge erbringe. Obwohl das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm 2006–2015 sechs zentrale Aufgaben für die WHO darlege, zeigten die Antworten aus dem Fragebogen, dass nahezu alle Mitgliedstaaten eine präzisere Definition der Rolle der Organisation und eine Konzentration ihrer Prioritäten wünschten. Dies sei von besonderer Bedeutung für die Europäische Region, in der es auch starke internationale und nationale Partner gebe.

Es wurde die These aufgestellt, die zentralen Aufgaben des Regionalbüros für Europa seien die Aufstellung von Normen und Standards, das Angebot evidenzbasierter Grundsatzoptionen zur Unterstützung der nationalen Entscheidungsfindung, die Beteiligung an Partnerschaften und die fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten. Eine Delegation fügte hinzu, dass der Entwurf internationaler Vereinbarungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit eine weitere Kernaufgabe der WHO sei. Prioritäre Bereiche für die Region seien nichtübertragbare Krankheiten, lebensstilbedingte Erkrankungen und soziale Determinanten von Gesundheit, Infektionskrankheiten und damit verwandte Themen, Gesundheitssystementwicklung und umweltbezogener Gesundheitsschutz.

Die Unterstützung der Länder durch das Regionalbüro müsse flexibel aber effektiv erfolgen. Eine überarbeitete Länderstrategie werde dem SCRC vorgelegt und vom Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung erörtert werden. Dazu werde die Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Übertragung von Entscheidungen auf globaler und regionaler Ebene der leitenden Organe der WHO in nationale Maßnahmen und die Koordinierung der Hilfe anderer Partner zählen.

In Bezug auf die Frage, wie die von den leitenden Organen der WHO vereinbarten Prioritäten besser an die verfügbaren finanziellen Ressourcen angeglichen werden könnten, merkte die Regionaldirektorin an, dass es gegenwärtig fast keinen Zusammenhang zwischen beiden gebe, da zum Beispiel 40% aller freiwilligen Beiträge an übertragbare Krankheiten fließen, während chronische und nichtübertragbare Krankheiten 1,5% und soziale und wirtschaftliche Determinanten von Gesundheit lediglich 0,6% erhielten. Ein Grund für diese offensichtliche Unausgewogenheit könne in der weltweiten Anerkennung der Leistungen der WHO im Bereich von übertragbaren Krankheiten und Gesundheitssicherheit liegen. Bessere Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit sei daher für die Arbeit in anderen Bereichen erforderlich.

Das Regionalkomitee möge drei Grundfragen zur Orientierung der Regionaldirektorin beantworten: die zentralen Aufgaben und Prioritäten der kommenden Jahre von besonderer Relevanz für das Regionalbüro, die durch das Regionalbüro zu ergreifenden Maßnahmen zur Sicherung einer angemessenen Finanzierung dieser Aufgaben und Prioritäten und ein geeignetes Verfahren zur Vermittlung der Bedeutung und Wirkung der Arbeit des Regionalbüros und ihres Wertes für die gesundheitliche Entwicklung an ein breites Publikum in der Region. Es gebe interessante und innovative Pläne, welche die Mitgliedstaaten dazu nutzen könnten, ihre Arbeit mit dem Regionalbüro voranzubringen.

Das schwedische Mitglied im SCRC merkte im Namen seines Landes an, dass die Mitgliedstaaten dieser Region trotz der Komplexität des Themas mit Abstand die meisten Antworten beigesteuert hätten. Auf seiner Tagung im Juni 2010 habe der Ständige Ausschuss beschlossen, dass die Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region angesichts der Bedeutung des Themas einen Resolutionsentwurf zur künftigen Finanzierung der Organisation einbringen könnten. Der Vorsitzende des SCRC und der Vorsitzende der SCRC-Arbeitsgruppe zu Führungsfragen im Gesundheitsbereich hätten eine Resolution entworfen und an die Mitglieder aus der Europäischen Region im Exekutivrat und andere Mitglieder im SCRC verteilt. Eine Annahme des Entwurfs sei ein Zeichen der Solidarität mit der Generaldirektorin in ihrer Suche nach einer besseren und nachhaltigeren Finanzierung der Organisation in den kommenden Jahren.

Der Vorsitzende fragte den Beigeordneten Generaldirektor, Allgemeines Management, nach seinen Eindrücken von der Behandlung des Themas durch die beiden Regionalkomitees, an deren Tagungen er bisher teilgenommen habe. Er führte aus, das Regionalbüro für Afrika habe nur wenige Antworten zum Online-Fragebogen erhalten, was oft an technischen Schwierigkeiten gelegen habe. Es scheine aber ein Konsens darin zu bestehen, dass die sechs zentralen Aufgaben klar formuliert seien und eine Änderung nicht nötig sei. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen sei das Regionalkomitee für Südostasien auf seiner Tagung gelangt. Ein bisher aus den Antworten auf den Fragebogen und den beiden Tagungen der Regionalkomitees sich abzeichnende Konsens könne darin bestehen, dass sich die WHO insbesondere in Zeiten finanzieller Knappheit auf Maßnahmen beschränken solle, für die sie am besten ausgerüstet sei. Alle seien sich darin einig gewesen, dass ihre Hauptaufgaben in der Aufstellung von Standards und in der Gesundheitssicherheit liegen. Eine Reihe von Ländern habe angeregt, die WHO sollte in Fragen der öffentlichen Gesundheit global bestimmter auftreten, während andere, insbesondere in der Afrikanischen Region der Ansicht waren, sie solle sich insbesondere auf Gesundheit und Entwicklung konzentrieren. Die Ansichten hinsichtlich der Mobilisierung zusätzlicher Mittel durch die WHO waren uneinheitlich.

Eine Vertreterin, die im Namen der EU sprach, sagte, dass der Rat der Europäischen Union im Mai 2010 eine stärkere Führungsrolle der WHO auf globaler, regionaler und nationaler Ebene sowie ihre normativen und beratenden Aufgaben und die fachliche Unterstützung für Gesundheitssysteme unterstützt habe. Er habe die Mitgliedstaaten der EU aufgefordert, anstatt zweckgebundener Finanzmittel für die WHO künftig zunehmend zur Finanzierung ihres allgemeinen Haushalts beizutragen. Die vom Rat gewählten Prioritäten seien daher die gleichen wie die von der Regionaldirektorin dargelegten. Die Organisation solle mehr als Moderator oder Makler und weniger als Anbieter auftreten, so dass fachliche Unterstützung auf strategischer und nicht auf operativer Ebene gegeben werde. Auch wenn es wichtig sei, nichtstaatliche Organisationen in die Arbeit der WHO mit einzubeziehen, so müssten die Entscheidungen bei den Mitgliedstaaten verbleiben; weitere Gedanken sollten auf die Einbeziehung von Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration verwendet werden. Die WHO werde dringend gebeten, einen gemeinsamen kohärenten Ansatz für die Mobilisierung von Geldern zu entwickeln und diese den Mitgliedstaaten deutlich auf allen Ebenen der Organisation zu vermitteln.

Andere Redner wiederholten, dass in einer Zeit knapper finanzieller und personeller Ressourcen der Schwerpunkt auf den zentralen Aktivitäten liegen müsse, die in der Setzung von Standards, in der Koordinierung und in der Gesundheitssicherheit lägen, und dass die Zuständigkeiten dabei klar delegiert werden müssten. Die Mitgliedstaaten sollten für eine gewisse Kohärenz in den von ihnen festgelegten Aktivitäten und Prioritäten sorgen, um die Zahl unnötiger Konsultationen und Tagungen zu verringern und wirksam zu bleiben; die WHO solle ihrerseits Forderungen von Mitgliedstaaten zurückweisen, die nicht mit den beschlossenen Prioritäten vereinbar seien. Es sei die Verantwortung der Mitgliedstaaten sicherzustellen, dass die angenommenen Arbeitspläne ausreichend finanziert seien.

Eine Reihe von Delegierten kündigten an, sie würden bei möglichst vielen ihrer Beiträge die Zweckbindung aufheben, um der Organisation eine Umsetzung des Programmhaushalts zu ermöglichen. Die WHO solle bei der Nutzung ihrer Finanzmittel, aber auch bei der anderweitigen Verwendung unausgegebener Gelder nach eigenem Ermessen mehr Flexibilität erhalten. Es wurde eine innovative Form der Partnerschaft beschrieben, bei der die Gesundheits- und die Außenministerien eine vierjährige Finanzierungsvereinbarung mit der WHO abgeschlossen hätten, durch die Kohärenz geschaffen, Doppelarbeit vermieden und konkrete Kooperationsprojekte durchgeführt werden sollten.

Einige Delegierte warfen die Frage auf, ob ein Gleichgewicht zwischen Finanzmitteln aus staatlichen und sonstigen Quellen gegeben sei. Die Organisation müsse bei der Veröffentlichung von Leitlinien und Empfehlungen zu Fragen der öffentlichen Gesundheit ihre Glaubwürdigkeit gegenüber der Öffentlichkeit bewahren. Ebenso erhalten müsse sie ihre Glaubwürdigkeit gegenüber Gebern und Mitgliedstaaten, indem sie bei der Weiterverfolgung von Beschlüssen der leitenden Organe, insbesondere im Hinblick auf die Zuteilung von Mitteln, für Transparenz und Konsequenz Sorge. Klare Ziele und Prioritäten und gründliche, rechtzeitige Leistungsbewertungen seien hierbei von entscheidender Bedeutung. Der vorliegende Resolutionsentwurf sei ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Schaffung eines nachhaltigen, vorhersehbaren Systems für die künftige Finanzierung der WHO.

Der Vorsitzende erklärte, in dem Papier zur künftigen Finanzierung der WHO (EUR/RC60/18) solle auch ein Augenmerk auf die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten in den Mitgliedstaaten gerichtet werden, indem Möglichkeiten untersucht würden, durch Anreicherung von Lebensmitteln Erkrankungen infolge von Mikronährstoffmangel zu verhindern. Ferner gehöre zu den Infektionskrankheiten und den damit verbundenen Themen auch eine Harmonisierung von Impfprogrammen in der gesamten Region durch Anwendung praktischer Leitlinien zu vorbildlichen Praktiken; ein weiteres vorrangiges Programm, das in dem Dokument nicht erwähnt sei, sei das zur Bekämpfung von Polio.

Die Generaldirektorin begrüßte die Empfehlungen. Es gebe ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass die WHO den Mitgliedstaaten gehöre, so dass diese bei der Steuerung der WHO zunehmend enger mit dem Sekretariat zusammenarbeiteten. Sie stimmte der Aussage zu, die WHO müsse den Mut haben, zu Gebern nein zu sagen, die Geld für Projekte anböten, die nicht zu den von den Mitgliedstaaten festgelegten Prioritäten gehörten, und sie bat diese um Erlaubnis, dies ggf. zu tun. Der Fehler liege auch bei den Gebern. Die Mitgliedstaaten sollten Kohärenz zwischen den jeweils beteiligten Ministerien sicherstellen, so dass sie einen Überblick über sämtliche Gelder hätten, die den verschiedenen Organisationen der Vereinten Nationen angeboten würden. Sie räumte auch ein, dass es einer verbesserten Kommunikation bedürfe, in die auch nichtstaatliche Organisationen und die Zivilgesellschaft einbezogen würden. Sie hoffe, der Prozess werde die Organisation zielgerichteter, effizienter und glaubwürdiger machen.

Die Regionaldirektorin erklärte, die derzeitige Diskrepanz zwischen Finanzmitteln und Prioritäten schade der Glaubwürdigkeit der WHO. Dieser Umstand sei teilweise eine Folge der bilateralen Kooperationsvereinbarungen. Der vorliegende Resolutionsentwurf biete hier einen Ausweg. Die Regionaldirektorin räumte ein, sowohl die WHO insgesamt als auch das Regionalbüro benötigten eine Strategie zur Mittelbeschaffung, durch die gewährleistet sei, dass die verschiedenen Prioritäten in Angriff genommen würden. Darüber hinaus würden Kriterien für Entscheidungen über die Zuteilung von Mitteln ausgearbeitet. Fachprogramme, die nicht mehr zu den Prioritäten gehörten, müssten eingestellt werden, um Platz zu machen und Mittel zur Finanzierung von Programmen freizusetzen, die den Anforderungen der Mitgliedstaaten entsprächen. Sowohl bei der Zuteilung der Mittel innerhalb der Organisation als auch hinsichtlich der Kohärenz der Arbeit auf verschiedenen Ebenen müsse mehr Transparenz hergestellt werden.

Das Regionalkomitee prüfte einen Resolutionsentwurf zur künftigen Finanzierung der WHO, den die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien zusammen mit Andorra, Deutschland, Estland, Monaco, Norwegen, Schweden und der Schweiz vorgelegt habe und der von Aserbaidschan, der Russischen Föderation und den anderen Ländern der Europäischen Union unterstützt werde.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R8.

© WHO/RKuznetsova



## Programmbudgetentwurf 2012–2013

(EUR/RC60/10, EUR/RC60/10 Add.1,  
EUR/RC60/Inf.Doc./1, EUR/RC60/Conf.Doc./3)

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses erklärte, dass im Programmbudgetentwurf 2012–2013 im Vergleich zu 2010–2011 zwei wesentliche Änderungen eingeführt worden seien: Zum einen erfolge die Aufschlüsselung des Haushalts nach strategischen Zielen (SO) nur auf der Ebene der größeren Büros; zum anderen würden die Prioritäten und Schwerpunkte für jedes SO im Zeitraum 2012–2013, die bisher wichtigsten Erfolge und die noch verbleibenden Herausforderungen, die neuen und die zu forzierenden Arbeitsbereiche sowie die erforderlichen funktionellen und personellen Umschichtungen für die gesamte Organisation in einem erläuternden Absatz erklärt. Der Programmbudgetentwurf sei in drei Segmente untergliedert: Basisprogramme mit den zentralen Programmen und Funktionen der WHO, Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen (SPA) sowie Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen (OCR).

Bei den Zuweisungen an das Regionalbüro selbst seien die hervorstechendsten Veränderungen die Erhöhung der Budgets für SO 3 und 6, die sich auf nichtübertragbare Krankheiten bezögen, was an ihrem hohen Anteil an der Krankheitslast in der Europäischen Region liege, und die zusätzlichen Mittel für SO 7, das sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit und insbesondere der Bewältigung gesundheitlicher Benachteiligung befasse. Effizienzgewinne würden in den SO 12 und 13 angestrebt, weshalb dort die Zuweisungen 5% unter dem Ausgabenniveau von 2008–2010 lägen. Zur Verwirklichung der Zukunftsvision des Regionalbüros sei ein neuer Geschäftsplan erarbeitet worden. Er greife die zentralen Fragen auf, wie die vereinbarten Prioritäten besser an die zu ihrer Finanzierung verfügbaren Ressourcen angepasst werden könnten und wie eine größere Vorhersehbarkeit und Stabilität der Finanzierung gesichert werden könne. Die vier Grundthemen des Geschäftsplans seien Handlungsspielräume, finanzielle Risiken, Ressourcenmanagement sowie Verantwortlichkeit und Transparenz.

Der Direktor für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung beim WHO-Hauptbüro sagte, die aktuelle globale Wirtschaftskrise bringe entscheidende Folgen für die Gesundheit mit sich. Die Prioritäten der Organisationsführung, die im Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 thematisiert würden, beinhalteten eine erhöhte Durchschlagskraft der Arbeit der WHO auf Länderebene, eine Überprüfung und Anpassung der organisationsweiten Aufgabenverteilung und eine bessere Zuweisung von Ressourcen. Programmatische Schwerpunkte seien eine Verstärkung des Einsatzes für die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, die Stärkung von Gesundheitssystemen sowie Notfallplanung und -maßnahmen. Der Gesamthaushalt bleibe im Vergleich zu 2010–2011 für die Basisprogramme nahezu unverändert, während kleinere Erhöhungen in den Segmenten SPA und OCR erfolgt seien. Dennoch bleibe der Programmhaushaltsentwurf in realen Preisen hinter dem vorangegangenen Zweijahreszeitraum zurück, was sich aus der Inflation und den erhöhten Kosten im Betrieb etwa für Personal und Sicherheit erkläre. Er verwies auf die Tabellen 1 und 4, die eine Zusammenfassung des Haushalts nach Segmenten bzw. seiner Finanzierung enthielten. Die WHO werde ihre Anstrengungen zur Verbesserung der Effizienz der Organisation durch ergebnisbasiertes Management, Kostenreduktion und Reformen der Führungsstruktur fortsetzen.

Der Direktor für Programm-Management beim Regionalbüro sagte, der Programmhaushaltsentwurf solle Ziele und Mittel miteinander verbinden und Gelder dahin lenken, wo die Region sie benötige. Allerdings stelle die Ungewissheit aufgrund der Tatsache, dass lediglich die Summe der ordentlichen Beiträge für 2012–2013 schon bekannt sei, ein großes Hindernis für eine vorausschauende Planung dar.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen beim Regionalbüro ergänzte, dass die Konzentration auf gewisse SO sich nur erreichen lasse, wenn bestimmte Anpassungen vollzogen würden, weil sich das Budget des Regionalbüros für Basisprogramme nicht ändere. Es könne eine Kohärenzlücke zwischen den von den Mitgliedstaaten gesetzten Prioritäten und den von den Gebern zur Verfügung gestellten Beiträgen auftreten. Der Haushalt sei derzeit sehr ehrgeizig formuliert – zu Beginn des Zweijahreszeitraums seien lediglich 30% der benötigten Mittel verfügbar. Dies bedrohe die finanzielle Planung und die Umsetzung, erschwere die Anwerbung der besten Köpfe und könne möglicherweise zu einem Qualitätsverlust für die Arbeit des Regionalbüros führen.

Eine Vertreterin, die im Namen der EU sprach, sagte das fortgesetzte Bemühen um eine Angleichung von Resultaten, verfügbaren Ressourcen und Programmumsetzung sei sehr zu begrüßen. Allerdings seien die den Haushaltszuweisungen zugrunde liegenden Prinzipien nicht alle klar verständlich. Das Ungleichgewicht zwischen den Verpflichtungen in Bezug auf übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten im aktuellen und im vorgeschlagenen Programmhaushalt sei bedauerlich, insbesondere angesichts der derzeitigen starken Betonung der letztgenannten. Die verringerte Zuweisung für SO 4 müsse angesichts der dringenden Inangriffnahme von Millenniums-Entwicklungsziel 5 zur Müttersterblichkeit ebenfalls bedauert werden. Im Gefolge der Finanzkrise und angesichts der Haushaltsbeschränkungen in vielen Mitgliedstaaten könnten die freiwilligen Zuwendungen an die Organisation ebenfalls zurückgehen und daher sei Vorsicht in Bezug auf die Einplanung solcher Mittel geboten. Trotz der Krise müsse der Haushalt des Regionalbüros in bisheriger Höhe erhalten bleiben und daher sei es bedauerlich, dass sein Anteil an den ordentlichen Beiträgen unter denen jedes vergleichbaren Regionalbüros liege.

Sie forderte eine Klärung der potenziellen Auswirkungen der für SO 10 und 11 geplanten signifikanten Kürzungen auf die geplanten Aktivitäten. Es sei unklar wie ein Wechsel vom Grundsätzlichen zur Handlung und von der Forschung zur Umsetzung mit den Kernaufgaben der Organisation korrelierten, von denen die EU glaube, dass sie im Zentrum stehen sollten. Der vorgeschlagene Zuwachs bei zwischenstaatlichen Tagungen dürfe nicht zu erhöhten Reisekosten für die Organisation führen: die neuesten Kommunikationstechniken seien gegenüber Reisen vorzuziehen. Die Bemühungen um eine Reduzierung des Haushalts für SO 12 und 13 würden daher begrüßt. In Bezug auf SO 6 sagte sie, die normative Arbeit für das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs solle nicht doppelt ausgeführt werden und sie forderte eine Klärung der Kooperation zwischen der Anti-Tabak-Initiative und dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens.

Ein weiterer Redner warnte, dass die ordentlichen Beiträge angesichts der schwierigen Lage der Weltwirtschaft wahrscheinlich nicht ansteigen würden und dass der Trend zur Zweckbindung freiwilliger Beiträge, der die Haushaltsplanung für die Prioritäten der WHO erschwere, nicht außer Kontrolle geraten dürfe. Die größten Finanzierungslücken sollten mit zentralen freiwilligen Beiträgen von außen geschlossen werden, doch sei dies angesichts des Rückschlags durch die Finanzkrise eine realistische Erwartung?

In weiteren Wortmeldungen wurde die Notwendigkeit einer Finanzierung des Sanierungsgesamtplans gefordert. Es wurde eine Klärung gefordert, welche Überlegungen hinter der vorgeschlagenen Verringerung der Mittel für die Gesundheit von Müttern angesichts der aktuellen Betonung dieses Themas stehe und wie die Finanzierung von SO 12 und 13, die vergleichsweise großzügig erscheine, mit den Zielen der Organisation zu vereinbaren sei. Die zentralen Leistungsindikatoren könnten weiter verbessert werden, um die Bewertung der Projektdurchführung zu erleichtern; die Leistungsberichte sollten dabei sowohl auf die qualitativen als auch auf die quantitativen Ergebnisse eingehen.

Der Beigeordnete Generalsekretär für Allgemeines Management beim WHO-Hauptbüro führte in seiner Erwiderung aus, die zugrunde liegenden Annahmen seien nach dem Validierungsverfahren angestellt worden, das der Exekutivrat vereinbart habe. Die in Bezug auf die Anpassung von Mitteln und Prioritäten genannten Probleme könnten gelöst werden, wenn die Zweckbindung der freiwilligen Beiträge unter der Voraussetzung aufgegeben würde, dass die Generaldirektorin vollkommen rechenschaftspflichtig für die Anwendung der Mittel sei. Der Übertrag sei nicht auf Mängel bei der Umsetzung zurückzuführen, sondern auf Unsicherheit hinsichtlich der künftigen Verfügbarkeit von Mitteln. Der Wechsel von der Forschung zur Handlung sei in der Tat ein von Mitgliedstaaten ausgedrückter Wunsch gewesen, die sehen wollten, wie sich die Befunde in Konzepten und Interventionen auf Länderebene übertragen ließen. Dieser Wechsel bedeute nicht, dass die Unterstützung der Forschung durch die WHO nachlasse: Im Gegenteil sei im gleichen Jahr eine globale Forschungsstrategie angenommen worden.

SO 12 und 13, über die gesagt worden sei, sie wären zu reichlich bedacht worden, würden oft falsch aufgefasst, als bezögen sie sich auf reine Verwaltungstätigkeiten, dabei seien sie in der Tat das Rückgrat der wesentlichen Grundsatzaufgaben der Organisation: Tagungen der leitenden Organe und zwischenstaatlichen Arbeitsgruppen, Verhandlungen, Informationsverbreitung, wissenschaftlicher Austausch, Länderbüros, Übersetzungen und Veröffentlichungen. Zur Verwendung der zentralen freiwilligen Beiträge sagte er, es werde schon bald eine Tagung zu diesem Thema veranstaltet und alle Mitgliedstaaten seien zur Teilnahme eingeladen worden. Die Zweckbindung freiwilliger Beiträge sei nicht an und für sich problematisch, sondern nur wenn sie die Übereinstimmung zwischen Mitteln und Prioritäten behindere.

Der Direktor für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung sagte, die Äußerungen seien sehr wertvoll und würden bei der Verfeinerung des Programmhaushaltentwurfs berücksichtigt. Es sei auch die Sorge laut geworden, ob die Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 erreicht werden könnten. In dieser Hinsicht seien SO 4 und SO 9 entscheidend, und beide erhielten erheblich höhere Zuweisungen als im Zeitraum 2008–2009: die geplanten Erhöhungen der Etats betrügen 88% bzw. 132% gegenüber den Durchführungsraten für die beiden SO im Zeitraum 2008–2009. Nichtübertragbare Krankheiten fielen unter SO 3 und SO 8, für die im Vergleich zu den Durchführungsraten im Zweijahreszeitraum 2008–2009 eine Erhöhung der Mittel um 64% bzw. 60% vorgesehen sei. Delegierte die sich diesbezüglich besorgt geäußert hätten, könnten sicher sein, dass zentrale freiwillige Beiträge ausschließlich für SO 1 bis 11 und damit den fachlichen Bereich eingesetzt würden. Von der gesamten Haushaltserhöhung in Höhe von 264 Mio. US-\$, die für 2012–2013 vorgeschlagen worden sei, gingen 51 Mio. US-\$ an die Basisprogramme und 213 Mio. US-\$ an Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen sowie an Gegenmaßnahmen bei Krisen und Krankheitsausbrüchen, was gegenüber den Ausgaben für diese beiden Segmente im Zeitraum 2008–2009 einen Rückgang bedeute. Er erkannte die Notwendigkeit an, mehr Informationen über die Finanzierung des Gesamtkapitalplans (Capital Master Plan) zur Verfügung zu stellen.

Der Direktor für Programm-Management begrüßte die zum Ausdruck gebrachte Unterstützung für die Schaffung eines nachvollziehbaren Zusammenhangs zwischen den SO und den Mitteln und für die Erhöhung des Umfangs nicht zweckgebundener freiwilliger Beiträge. Er verstehe die Kommentare zur Diskrepanz in der Finanzierung von SO 1, 2 und 3 nicht als die Aufforderung zur Kürzung der Mittel für das letztgenannte, sondern zur Erhöhung der ersten beiden. Er stimme völlig zu, dass das Äußerste für die Prävention und Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten getan werden müsse. SO 4, das sich auf Kinder und alte Menschen beziehe, erfordere ebenfalls erhöhte Aufmerksamkeit. Zwischen SO 3, 4 und 6, die sich auf die sozialen Determinanten von Gesundheit bezögen, ließen sich Synergieeffekte herstellen.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen erinnerte daran, dass 2008–2009 die Umsetzungsrate für SO 4 bei fast 100% gelegen habe, dass das Budget für 2012–2013 aber viel größer ausfalle, sodass vielleicht nicht alle Mittel gebraucht würden. Andererseits sei für SO 10 eine geringere Mittelausstattung für 2012–2013 vorgesehen als noch 2008–2009. Eine vom WHO-Hauptbüro



durchgeführte Untersuchung der Zuweisungen für SO 12 und 13 in unterschiedlichen Regionen habe gezeigt, dass die Anzahl der Mitgliedstaaten in der jeweiligen Region einen starken Einfluss auf die Größe der Zuweisungen in diesem Bereich habe. In der Europäischen Region befänden sich mehr Mitgliedstaaten und würden mehr Sprachen verwendet als in jeder anderen Region, was zu höheren Kosten für Übersetzungen und Veröffentlichungen führe. Dennoch werde alles für einen Bürokratieabbau in diesen SO für die Region unternommen. Die Grundsätze für Reise- und Telefonkosten gehörten bereits zu den restriktivsten der Organisation.

Die Generaldirektorin äußerte sich zur übergeordneten Perspektive der Aufstellung eines Haushalts und sagte, hierbei handle es sich um einen Planungsprozess mit all seinen umständlichen Aspekten. Er sei auch etwas unrealistisch. Obwohl sie für die 20% des Haushalts, dessen Finanzierung durch ordentliche Beiträge gesichert sei, ebenso dankbar sei wie für die 80%, die aus freiwilligen Beiträgen stammten, so finde sie es zusehends schwierig die von ihr erwartete Ware zu liefern. Sie brauche die Hilfe der Mitgliedstaaten, um die WHO so funktionstüchtig zu erhalten, wie sie in der Vergangenheit gewesen sei. Das sei der Grund, warum das Geschäftsmodell ernsthaft überdacht werden müsse. Die Kriterien für die Zuweisungen müssten überprüft werden, wenn die Entscheidungen über die künftige Finanzierung der WHO getroffen seien.

Die derzeitige Haushaltssituation sei nicht nachhaltig. Die Erhöhung der Mittel für Basisprogramme um 51 Mio. US-\$ decke nicht einmal die durch Wechselkursschwankungen entstehende Wirkung, was Auswirkungen auf betriebs- und sicherheitsbedingte Notwendigkeiten habe. Ihre Kollegen sähen in dem scheinbaren Anstieg des Haushalts eine tatsächliche Abnahme der Mittel. Im vorangegangenen Zweijahreszeitraum habe eine Lücke von ungefähr 100 Mio. US-\$ bestanden, für den derzeitigen werde bisher ein Defizit von 110 Mio. US-\$ prognostiziert. Es bestehe die Gefahr, dass zu Beginn des kommenden Zweijahreszeitraums das Geld für die Verlängerung von Verträgen fehle und Programme geschlossen werden müssten.

Um die Lage zu wenden, müsse sich die Art ändern, wie die WHO betrieben werde: weniger Tagungen, mehr Telefonkonferenzen, weniger Reisekosten, weniger Publikationen. Und doch würden diese Maßnahmen nur geringe Einsparungen bringen. Die Organisation tue ihr Bestes, um die Lücken zu schließen: Sie habe zum Beispiel alle Neuanstellungen im Hauptbüro eingefroren. Dennoch hätten die Mitgliedstaaten entschieden, neue Gremien zu schaffen – zum Beispiel für die Internationalen Gesundheitsvorschriften und die Tabakbekämpfung – und das beeinträchtigte die Einspareffekte. Es seien Fortschritte in der Reduzierung von Doppelarbeit gemacht worden und es würden weitere Partnerschaften angestrebt. Doch um die Finanzierung der WHO gangbar zu machen, damit die Organisation eine bessere werde, benötige sie die Hilfe der Mitgliedstaaten. Sie müssten gemeinsam mit ihr die Reise zur Veränderung antreten.

Die Regionaldirektorin dankte der Generaldirektorin herzlich für ihre lange Teilnahme an dem Regionalkomitee und für ihre anregenden Worte und Ratschläge.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R9.

## Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC60/7 Rev.1, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.1, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.2, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.3, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.4)

Das Regionalkomitee tagte in geschlossener Sitzung, um zwei Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat zu nominieren und sechs Mitglieder in den SCRC, ein Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten und vier Mitglieder in den Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit zu wählen und ferner die Mitglieder der beratenden Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung zu nominieren.

## Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss, dass sich die Schweiz und Usbekistan auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 um Mitgliedschaft im Exekutivrat bewerben und zur Wahl stellen sollten.

## Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte Bulgarien, Kroatien, Polen, Spanien, die Türkei und das Vereinigte Königreich aus, Vertreter in den SCRC zu entsenden. Durch Losentscheid beschloss es, das Mitglied aus Bulgarien solle im September 2010 eine vierjährige, das Mitglied aus Spanien eine zweijährige Amtszeit antreten, während die Mitglieder aus den übrigen Ländern jeweils für eine dreijährige Amtszeit ausgewählt würden.

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

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung über das Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten wählte das Regionalkomitee einvernehmlich Portugal als Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat für eine dreijährige Amtszeit ab 1. Januar 2011.

## Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee wählte Frankreich, Malta, Serbien und Slowenien für die Mitgliedschaft im Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit aus.

## Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung

Das Regionalkomitee beschloss, die Bewerbungen der folgenden Experten zwecks Prüfung ihrer Mitgliedschaft in der beratenden Expertengruppe an die Generaldirektorin der WHO weiterzuleiten:

Dr. Ara Ter-Grigoryan (Armenien)  
Prof. Flemming Konradsen (Dänemark)  
Dr. Meri Tuulikki Koivusalo (Finnland)  
Dr. Jean Edmond Deregnaucourt (Frankreich)  
Ursula Schaefer-Preuss (Deutschland)  
Dr. Benny Leshem (Israel)  
Ruzica Milutinovic (Montenegro)  
Dr. John-Arne Røttingen (Norwegen)  
Dr. Isabel Carvalho-Oliveira (Portugal)  
Prof. Aurel Grossu (Republik Moldau)  
Dr. Antó Boqué (Spanien)  
Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo (Spanien)  
Dr. Paul Linus Herrling (Schweiz)  
Saul Walker (Vereinigtes Königreich)  
Prof. Albrecht Jahn (Europäische Union).

## Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011 bis 2014

(EUR/RC60/Conf.Doc./11)



Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R10 und bestätigte damit, dass es seine 61. Tagung vom 12. bis 15. September 2011 in Baku (Aserbaidschan), seine 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta, seine 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal und seine 64. Tagung im Jahr 2014 (genaue Daten stehen noch nicht fest) in Kopenhagen abhalten werde, und beschloss, ab 2014 seine Tagungen in geradzahligen Jahren, in denen über den zweijährlichen Programmhaushaltsentwurf beraten wird, sowie in Jahren, in denen die Nominierung eines neuen Regionaldirektors ansteht, in Kopenhagen zu halten.

Die Delegation Aserbaidschans führte eine Videoprojektion vor.

## Eradikation von Poliomyelitis in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC60/16, EUR/RC60/16 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./9)



Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt schilderte bei seiner Einführung in die Thematik die derzeitige Bedrohung für den Status der Europäischen Region als poliofrei und erläuterte, welche Maßnahmen zu dessen Wahrung erforderlich seien, bis Poliomyelitis weltweit eradiziert sei. Die Region müsse den Impfschutz in der Bevölkerung verbessern, ihre Fähigkeit zur schnellen Entdeckung der verbleibenden Fälle von Übertragung oder Neueinschleppung des Polio-Wildvirus verbessern und Glaubwürdigkeit und Vertrauen zwischen den Ländern herstellen. Seit Beginn des Ausbruchs in Tadschikistan Anfang 2010 seien von dem Referenzlabor der Europäischen Region der WHO in Moskau insgesamt 456 Poliofälle in mehreren Ländern bestätigt worden; dies entspreche 73% aller Fälle weltweit. Sowohl die Entdeckung als auch die Reaktion seien schnell verlaufen. Die von der tadschikischen Regierung zügig organisierten Impfkampagnen hätten dank Unterstützung durch die WHO, das UNICEF und eine Reihe anderer Partner im Rahmen der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung (GPEI) spektakuläre Ergebnisse gebracht. Für den Ausbruch seien neben einer mangelnden Durchimpfung auch Probleme bei der Surveillance der akuten schlaffen Lähmungen (AFP) sowie ein Mangel an Engagement und Mitteln verantwortlich. Die betroffenen Regierungen seien in ihrem diversifizierten Vorgehen von Partnern in der GPEI wie der WHO, dem UNICEF, Rotary International und den United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) unterstützt worden.

Der Aktionsplan zur Erhaltung des Status der Europäischen Region als poliofrei weise kurz- wie langfristige Elemente auf. Zu den für den Zeitraum 2010–2011 vorgesehenen Maßnahmen gehörten die Beendigung des Ausbruchs in Tadschikistan, die Verhinderung seiner Ausbreitung auf die Nachbarländer, die Verstärkung der Polio-Surveillance in Hochrisikoländern und der Nachweis gegenüber der Regionalen Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis (RCC), dass der Ausbruch vorüber sei. Als Maßnahmen für 2011 und später seien die Gewährleistung einer den Anforderungen der Zertifizierung entsprechenden Surveillance in allen Mitgliedstaaten, die Stärkung der Nachfrage nach Routineimpfungen (vor allem in isolierten oder anfälligen Bevölkerungsgruppen) und die Mobilisierung von Ressourcen vorgesehen.

Ein Mitglied des SCRC wiederholte den Appell an die Europäische Region, mit vereinten Kräften den gegenwärtigen Ausbruch zu bekämpfen und ihren Status als poliofrei zu erhalten, bis die Krankheit weltweit eliminiert sei. Die betroffenen Länder und die Partner im Rahmen der GPEI verdienten Anerkennung für ihre Vorsorge- und Gegenmaßnahmen. Die Gefährdung des Status der Region als poliofrei und die Bedrohung für alle Mitgliedstaaten machten eine gemeinsame Reaktion der Region und gegenseitige Unterstützung erforderlich; dazu gehörten auch finanzielle Unterstützung sowie Verbesserungen in Bezug auf Surveillance und Meldewesen. Jeder Mitgliedstaat müsse dafür Sorge tragen, dass sein Aktionsplan für den Fall einer Einschleppung des Poliovirus auf dem aktuellen Stand und zur Umsetzung bereit sei, um ihn erforderlichenfalls umsetzen zu können und um den Status gefährdeter Gruppen von Kindern unter fünf Jahren überprüfen und Nachholimpfungen durchführen zu können.

Der Vorsitzende der RCC schickte der Präsentation seiner Schlussfolgerungen eine Erläuterung in Bezug auf den Platz der Kommission in der weltweiten Zertifizierungsstruktur sowie ihre Arbeitsmethoden und ihr Mandat voraus und ging auch auf die Anforderungen an die Zertifizierung auf Ebene der Regionen ein. Unglücklicherweise hätten die Ereignisse des Jahres 2010 die von der RCC 2009 geäußerten Bedenken hinsichtlich Impfwesen und Surveillance in Tadschikistan und Usbekistan bestätigt. Nach der Einschätzung der RCC von 2010 bestehe das Risiko einer Übertragung in der Europäischen Region weiterhin fort, wobei insgesamt sieben Länder stark gefährdet seien. Dort bestehe sofortiger Handlungsbedarf. Die Mitgliedstaaten müssten mit internationalen Partnern zusammenarbeiten, um sich die nötigen Ressourcen zu sichern. Sie bräuchten einen starken politischen Willen, um die Übertragung des Poliovirus zu stoppen und dauerhafte finanzielle Unterstützung für die Eradikation auf regionaler und globaler Ebene zu sichern. Die RCC erkenne den unermüdlischen Einsatz der Mitarbeiter beim Referenzlabor der Region in Moskau an. Usbekistan solle der RCC Daten liefern, die bestätigten, dass es in dem Land keine Poliofälle gebe. Die Ukraine sei bei einer Einschleppung des Poliovirus stark gefährdet, einen großen Ausbruch zu erleben. In der Region müssten die Surveillance-Maßnahmen wieder auf ein Niveau angehoben werden, wie es für die Zertifizierung erforderlich sei, wenn sie im Rahmen der Prüfung einer globalen Zertifizierung wieder als poliofrei zertifiziert werden wolle. Die RCC werde in Zukunft zunehmend mangelhafte Berichte von nationalen Zertifizierungsgremien in Frage stellen. Die Mitgliedstaaten müssten ihre nationalen Aktionspläne für Gegenmaßnahmen bei Einschleppung des Polio-Wildvirus vervollständigen und erproben.

Ein Delegierter wandte sich dagegen, dass sein Land von der RCC als stark gefährdet für die Übertragung des Poliovirus eingestuft worden sei, und hob seine Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheitssituation und insbesondere zur Zurückdrängung übertragbarer Krankheiten hervor.

Delegierte aus mehreren Ländern, die von dem Ausbruch 2010 betroffen waren, schilderten die dort ergriffenen Vorsorge- und Gegenmaßnahmen, zu denen auch die Durchführung ergänzender Impfmaßnahmen (sog. SIA) und die Stärkung von Surveillance und Impfwesen gehörten. Sie bedankten sich bei ihren Partnerorganisationen, die sie bei dieser Arbeit unterstützt hätten, insbesondere beim UNICEF, dem Referenzlabor in Moskau und dem Regionalbüro. Von den Initiativen der WHO seien die Sitzung der Länder Zentralasiens und der Russischen Föderation vor der Weltgesundheitsversammlung 2010 und die kontinuierliche Arbeit des MECACAR-Programms besonders hilfreich gewesen. Die Delegierten unterstrichen die Entschlossenheit ihrer Länder, den Status der Region als poliofrei zu erhalten. Eine andere Delegierte schilderte, wie ihr Land seine Entschlossenheit, zur Eradikation von Polio beizutragen, unter Beweis gestellt habe, indem es in Regionen nahe der Grenze zu anderen betroffenen Ländern ergänzende Impfmaßnahmen durchgeführt und der WHO Mittel zur Verfügung gestellt habe, und lobte die Arbeit des Referenzlabors in Moskau.

Der Regionaldirektor des UNICEF für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten stimmte vielen der in der Aussprache vorgebrachten Aussagen zu und schilderte den Beitrag des UNICEF zur Reaktion auf den Ausbruch von 2010, der u. a. in der Federführung bei der Impfstoffversorgung, in sozialer Mobilisierung und in Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zusammen mit den Partnern in der GPEI bestanden habe. Der Ausbruch sei ein Weckruf für alle Regierungen und Partnerorganisationen gewesen, der sie nicht nur auf die nach wie vor bestehende Bedrohung der Kinder in der Region durch impfpräventable Krankheiten aufmerksam gemacht habe, sondern auch auf die noch unerledigten Aufgaben bei der Gewährleistung von Chancengleichheit, Zugang und Qualität in Bezug auf die Impfprogramme. Krankheitsausbrüche seien der Beweis dafür, dass der Schutz der am stärksten gefährdeten Gruppen der gesamten Gesellschaft zugute komme. Die Länder der Region verfügten über wesentliche Aktivposten, wie ein hohes Maß an Sachverstand im Bereich der Krankheitsprävention und motivierte Gesundheitsfachkräfte. Zusammen mit dem politischen Willen und ausreichenden Mitteln würden diese den Weg ebnen für die Eradikation impfpräventabler Krankheiten, die zum Nutzen aller sei.

In seiner Antwort bezeichnete es der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt als die wichtigste Botschaft aus der Tagung, dass alle Beteiligten den Ernst der Lage in der Region erkannt hätten und entschlossen seien, in den kommenden Jahren die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen. Für Kinder mit Lähmungen würden geeignete Rehabilitationsangebote benötigt. Jedes Land, das mit der Risikobewertung der RCC nicht einverstanden sei, könne jederzeit

dem Regionalbüro entsprechende Daten übermitteln, um das entstandene Bild zu korrigieren. Die Russische Föderation verdiene Anerkennung für die Arbeit des Referenzlabors; Gleiches gelte für andere Partner wie das UNICEF und für die vor Ort tätigen Mitarbeiter. Die Regionaldirektorin unterstrich, sowohl die WHO als auch die Mitgliedstaaten seien fest entschlossen, eine Eradikation von Polio zu erreichen. Die Vorsorge- und Gegenmaßnahmen, die sie auf ihren Besuchen in den Mitgliedstaaten gesehen habe, hätten sie sehr beeindruckt. Sie schließe sich den Schlussfolgerungen der RCC an und habe in den Ländern Zentralasiens gute Fortschritte festgestellt; nun müssten auch in anderen gefährdeten Ländern intensivere Maßnahmen ergriffen werden. Die Regionaldirektorin bedankte sich beim UNICEF für die fruchtbare Zusammenarbeit und hob die ausgezeichnete Arbeit der Mitarbeiter des Regionalbüros hervor.

## **Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015**

(EUR/RC60/15, EUR/RC60/Conf.Doc./9)

Die geschäftsführende Direktorin der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung erklärte, dass die Eliminierung von Masern und Röteln in der Region zwar noch nicht erreicht worden sei, aber erreicht werden könne. Eine hohe Durchimpfung und zusätzliche zielgerichtete Impfkampagnen für die verbleibenden Risikogruppen hätten im Vergleich zu 1990 die Zahl der Masernfälle und Rötelnfälle um 96% bzw. 97% verringert. Vier bewährte strategische Maßnahmen seien verfolgt worden. Die erste habe dem Erreichen und Erhalten einer Impfquote von über 95% mit zwei Dosen eines Masernimpfstoffs und mindestens einer Dosis eines Rötelnimpfstoffs gedient. Aufgrund von Desinteresse in Politik und Öffentlichkeit sei die Durchimpfung in vielen Ländern der Region und insbesondere der EU jedoch zu niedrig. Außerdem schaffe ein geringer Immunisierungsgrad bei hoch gefährdeten benachteiligten Bevölkerungsgruppen potenzielle Brennpunkte, von denen aus ein Masernausbruch die nicht oder unzureichend geimpften Menschen erreichen könne.

Die zweite strategische Maßnahme sei eine verstärkte Überwachung von Masern, Röteln und Rötelnembryopathie und die dritte eine zweite Masernimpfung im Rahmen zusätzlicher Kampagnen gewesen. Als vierte strategische Maßnahme habe man, etwa im Rahmen der Europäischen Impfwoche, Gesundheitsfachleuten und der Öffentlichkeit hochwertige Aufklärungsangebote über den Nutzen und die Risiken der Impfung gemacht. Das Regionalbüro verfolge weitere innovative Ansätze, wozu auch die Nutzung sozialer Medien zähle.

Die Fortschritte der Region in Richtung einer Eliminierung von Masern und Röteln seien also beträchtlich und das Ziel sei aus fachlicher Sicht erreichbar, allerdings könne das Zieldatum 2010 nicht eingehalten werden, da es noch Brennpunkte mit niedriger Durchimpfung und unzureichender Überwachung gebe. Die Eliminierung könne aber bis 2015 geschafft werden, wenn die Maßnahmen jetzt beschleunigt und entschlossen durchgeführt würden. Besonders stark gefährdete benachteiligte Gruppen, denen aus geografischen, kulturellen, ethnischen oder sozioökonomischen Gründen der Zugang zur primären Gesundheitsversorgung erschwert sei, sollten jetzt geimpft werden. Das Vertrauen der Öffentlichkeit in Impfungen müsse durch fundierte Argumente gegen unbegründete Gerüchte wieder hergestellt werden. Das Regionalbüro und seine Partner seien bereit, die Mitgliedstaaten bei der Eliminierung zu unterstützen.

Ein Mitglied des SCRC sagte, der signifikante Rückgang der Masern und Röteln in der Region seit 1994 sei eine Folge des entschlossenen Handelns der Mitgliedstaaten im Sinne der Ziele der Masern-Initiative, aber auch der für zusätzliche Impfkampagnen bereitgestellten Mittel gewesen. Dennoch sei es im Westen der Region zu Masernausbrüchen gekommen und

die Durchimpfung gegen beide Krankheiten gehe nach und nach zurück, weil etwa religiöse Überzeugungen, schlechter Zugang zu Gesundheitsversorgung und eine Anti-Impf-Bewegung im Wege stünden. Stärkerer politischer Wille und zusätzliche finanzielle Mittel seien erforderlich, wenn das neue Zieldatum 2015 für die Eliminierung eingehalten werden solle.

Ein Vertreter sagte, politischer Wille sei das wichtigste Element zur Bekämpfung der Ausbrüche von Infektionskrankheiten. Es sei bedauerlich, dass der Wert von Impfungen in Zweifel gezogen werde, und er sei sich nicht sicher, ob die WHO in der Lage sei, dies durch Überzeugungsarbeit und fachliche Unterstützung der Länder in den Griff zu bekommen. Er schlug eine Änderung am Resolutionsentwurf dahingehend vor, dass die angeregte regionale Verifizierungskommission beauftragt werde auf Länderebene zu bestätigen, dass keine indigene Übertragung von Masern und Röteln stattfindet.

Zwei Delegierte beschrieben die Lage in ihren Ländern sowie die Schritte, die in Richtung Eliminierung unternommen worden seien. Ein weiterer Vertreter unterstrich die Bedeutung eines gut durchgeführten, nachhaltigen Impfprogramms im Rahmen eines gut organisierten öffentlichen Gesundheitssystems und seiner vitalen Elemente Überwachung, Beobachtung, Berichterstattung, Vorsorge und Behandlung. Ein Redner sagte, dass eine Reihe von Fachleuten monovalente Impfstoffe den trivalenten vorzögen, weil die Kampagnen damit zielgenauer ausgerichtet werden könnten.

Die geschäftsführende Direktorin der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung begrüßte die politische Entschlossenheit zur Eliminierung von Masern und Röteln, die in den Wortmeldungen zum Ausdruck gekommen sei. Auf Fragen zur Machbarkeit und zu finanziellen Folgen der vorgeschlagenen Änderung am Resolutionsentwurf entgegnete sie, dass schon der Begriff „Eliminierung“ als Unterbrechung der indigenen Übertragung in einem großen, geografisch abgegrenzten Gebiet definiert sei. Jedes Land werde Belege für die hohe Durchimpfung und wirksame Überwachung an die regionale Verifizierungskommission vorlegen und die Unterbrechung der Übertragung in jedem einzelnen Land werde schließlich zur Eliminierung in der Region führen.

Die Regionaldirektorin versicherte den Delegierten, dass eine Verifizierung auf Länderebene machbar sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC60/R12.



## Resolutionen

### **EUR/RC60/R1**

#### **Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2008–2009**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2008–2009 (Dokument EUR/RC60/4) und des dazu gehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2008–2009 (Dokument EUR/RC60/Inf.Doc./1 (PBPA/2008–2009)) –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht;
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2008–2009 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, bei der Weiterentwicklung der Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros die während der Aussprache auf der 60. Tagung gemachten Vorschläge zu berücksichtigen und diese in die Arbeit einzubeziehen.

### **EUR/RC60/R2**

#### **Mehr Gesundheit für Europa**

#### **Anpassung des Regionalbüros an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region: Die Perspektive der Regionaldirektorin**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts *Mehr Gesundheit für Europa, Anpassung des Regionalbüros an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region: Die Perspektive der Regionaldirektorin*,<sup>1</sup>

unter Hinweis auf seine früheren Resolutionen zu Änderungsvorschlägen für das Regionalbüro und seine Führung (EUR/RC49/R1, EUR/RC50/R1, EUR/RC51/R1, EUR/RC53/R1, EUR/RC58/R3), zu einer Erneuerung der Strategie Gesundheit für alle (EUR/RC49/R9, EUR/RC53/R3, EUR/RC55/R4), zur Entwicklung strategischer Partnerschaften (EUR/RC56/R3), zu den Länderbüros und den Außenstellen (EUR/RC49/R5, EUR/RC50/R5, EUR/RC54/R6, EUR/RC55/R8) und zur regelmäßigen Berichterstattung und Rückmeldung an das Regionalkomitee (EUR/RC58/R5) sowie den Bericht<sup>2</sup> und die dazu von ihm verabschiedete Resolution (EUR/RC56/R3) zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa,

<sup>1</sup> Dokument EUR/RC60/8

<sup>2</sup> Dokument EUR/RC56/11

eingedenk der sich verändernden globalen und regionalen Rahmenbedingungen, unter denen das WHO-Regionalbüro für Europa arbeiten muss, und der sich verändernden epidemiologischen Umwelt, in der nichtübertragbare Krankheiten in den Vordergrund getreten sind, und auch eingedenk der gewachsenen wissenschaftlichen und technologischen Möglichkeiten für Krankheitsprävention und Krankheitsmanagement,

angesichts der sieben strategischen Prioritäten, welche die Regionaldirektorin vorgeschlagen hat, hierunter besonders die Arbeit zur Herleitung einer neuen Europäischen Gesundheitspolitik, die Veränderungen in der Führung des WHO-Regionalbüros für Europa, die Umgestaltung von Aufbau und Inhalt seiner Arbeit, die Erneuerung der Außenbeziehungen, insbesondere zu seinen Mitgliedstaaten, der Aufbau verschiedener Partnerschaften und Bündnisse für Gesundheit in Europa und die Entwicklung einer neuen Informations- und Kommunikationsaktivität –

1. UNTERSTÜTZT die Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“, wie sie von der Regionaldirektorin skizziert wurde, einschließlich der sieben in ihrem Bericht aufgestellten strategischen Prioritäten, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der nationalen Rechtsvorschriften und Handlungskonzepte;
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, die weitere Entwicklung und Umsetzung der Zukunftsvision und der Europäischen Gesundheitspolitik zu unterstützen;
3. VERMERKT und UNTERSTÜTZT die Absicht der Regionaldirektorin, das Regionalbüro auf aktuelle Erfordernisse und Möglichkeiten hin zu untersuchen und daran anzupassen;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) ihre Vorschläge zur Stärkung der Arbeit des Regionalbüros sowie seiner Außenstellen und Länderbüros unter vollständiger Wahrung der jeweiligen nationalen Zuständigkeiten umzusetzen,
  - b) in der Entwicklung seiner Programme Relevanz und Exzellenz zu fördern,
  - c) die Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und anderen Partnern, insbesondere der Europäischen Union, weiter zu stärken, um sie strategischer zu gestalten und gleichzeitig Synergieeffekte zu nutzen und Doppelarbeit zu vermeiden,
  - d) Initiativen zur Mobilisierung der zur wirksamen Umsetzung der Zukunftsvision erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu ergreifen,
  - e) dem Regionalkomitee auf seinen relevanten Tagungen über die erzielten Fortschritte gemäß dem im Papier beschriebenen Weg und Zeitrahmen Bericht zu erstatten.

## **EUR/RC60/R3**

### **Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa**

### **Änderungen an den Arbeitsverfahren und an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Diskussion auf seiner 59. Tagung über Führungsfragen im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region der WHO und den daraus resultierenden Auftrag an seinen Ständigen Ausschuss, zu diesem Thema weitere Konsultationen zu halten,

in der Feststellung, dass der Siebzehnte Ständige Ausschuss aus diesem Grund auf seiner Tagung im November 2009 beschlossen hat, eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe für Führungsfragen im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region der WHO einzurichten,

ferner in Kenntnis der Tatsache, dass der Ständige Ausschuss die aus der Untersuchung durch die Arbeitsgruppe und den Beratungen mit der Regionaldirektorin hervorgegangenen Empfehlungen in Bezug auf die Arbeitsweise des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sowie die Änderungen an ihrer Geschäftsordnung in ihrer Gesamtheit uneingeschränkt gebilligt hat,

angesichts der Tatsache, dass er selbst diese Empfehlungen geprüft hat, wie sie in dem Bericht der Regionaldirektorin (Dokument EUR/RC60/11) enthalten sind,

in Anbetracht des Grundsatzes, dass alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO im Laufe der Zeit eine gleiche Chance zur Beteiligung an der Arbeit des Exekutivrats wie auch des Ständigen Ausschusses erhalten sollten,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC53/R1 über die Mitgliedschaft im Exekutivrat und insbesondere auf Absatz 5 in deren Beschlusstil, in der es den Ständigen Ausschuss ersucht, die bei der Umsetzung der Resolution gewonnenen Erfahrungen auszuwerten und dem Regionalkomitee im Jahr 2010 über seine Erkenntnisse zu berichten –

1. BEFÜRWORTET die in Dokument EUR/RC60/11 erläuterten Änderungen in Bezug auf die Arbeitsverfahren des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees;
2. NIMMT mit Wirkung vom Ende dieser Tagung die im Anhang des genannten Dokuments enthaltenen Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees AN;
3. BESTÄTIGT, dass im Lichte der Erfahrung mit der Umsetzung der Resolution EUR/RC53/R1 die Periodizität der Mitgliedschaft im Exekutivrat der WHO für diejenigen Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die ständige Mitglieder im Sicherheitsrat der Vereinten Nationen sind, bei drei von sechs Jahren belassen werden sollte;
4. EMPFIEHLT, im Interesse einer geografisch ausgewogenen Verteilung der Sitze die Auswahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die zur Einreichung von Nominierungen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss aufgefordert werden, künftig anhand der in Teil 1 des Anhangs dieser Resolution aufgeführten subregionalen Ländergruppierungen vorzunehmen;
5. BESCHLIESST, dass ungeachtet der Bestimmungen der Absätze 2 und 4 die Erhöhung der Mitgliederzahl des Ständigen Ausschusses auf der Grundlage der Neueinteilung der subregionalen Gruppierungen 2010 in Kraft tritt;
6. APPELLIERT AN die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO, bei der Designierung von Personen für den Exekutivrat und den Ständigen Ausschuss die in Teil 2 des Anhangs dieser Resolution genannten Kriterien zu berücksichtigen;
7. ERSUCHT den Ständigen Ausschuss, einen Zyklus umfassender Prüfungen in Bezug auf Führungsfragen in der Europäischen Region der WHO in Gang zu setzen und dem Regionalkomitee in Abständen, er für sinnvoll erachtet, über die daraus gezogenen Lehren Bericht zu erstatten.

## Anhang

### Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat der WHO und im Ständigen Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa

#### *Teil 1: Festlegung der subregionalen Gruppierungen der Mitgliedstaaten*

##### **Gruppe A: (17 Mitgliedstaaten)**

Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Slowakei, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie zwei bzw. im Wechsel mit Gruppe B drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

**Gruppe B: (17 Mitgliedstaaten)**

Andorra, Bulgarien, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Malta, Monaco, Österreich, Portugal, Rumänien, San Marino, Schweiz, Slowenien, Spanien, Ungarn, Zypern

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie zwei bzw. im Wechsel mit Gruppe A drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

**Gruppe C: (19 Mitgliedstaaten)**

Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Israel, Kasachstan, Kirgisistan, Montenegro, Republik Moldau, Russische Föderation, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan

Diese Gruppe würde zu jeder Zeit vier Sitze im Ständigen Ausschuss sowie drei Sitze im Exekutivrat erhalten.

**Teil 2: Kriterien für die Auswahl von Kandidaten für Sitze im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss**

Personen, die für Sitze im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss kandidieren, sollten möglichst über einen breiten Qualifikationsmix und über umfassende Praxiserfahrung im Bereich öffentliche Gesundheit sowie in nationalen Verwaltungsbehörden verfügen.

In Bezug auf die Anforderungen an Erfahrung und Qualifikationen werden die folgenden Kriterien vorgeschlagen:

- a) gegenwärtige (oder erst vor kurzem beendete) Tätigkeit bei Gesundheitsbehörden des Herkunftslandes nahe der politischen Entscheidungsebene;
- b) Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen;
- c) Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation auf nationaler und zwischenstaatlicher Ebene;
- d) Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen bzw. fachlichen Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich);
- e) Verfügbarkeit und Engagement;
- f) Geschlecht (insbesondere Kandidatinnen sind aufgerufen).

**EUR/RC60/R4****Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung der Dokumente EUR/RC60/12 und EUR/RC60/12 Add.1 über Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC56/R3 zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa, die die Entwicklung starker Partnerschaften mit anderen Organisationen unterstützte,

eingedenk der im Lichte sich wandelnder regionaler und globaler Rahmenbedingungen bestehenden Notwendigkeit, eine Europäische Gesundheitspolitik zu entwickeln, die für eine durch Diversität gekennzeichnete Region relevant ist, und Partnerschaften und Bündnisse für die Gesundheit in Europa aufzubauen,

mit Befriedigung Kenntnis nehmend von der aktuellen Reform des Regionalbüros und der mit größerem Nachdruck betriebenen Stärkung der Fachprogramme, der Führungsarbeit in der Region und der Partnerschaften durch konsequente Nutzung von Synergieeffekten, Vermeidung von Doppelarbeit, Verwendung harmonisierter Daten und Verringerung der Berichtslast –

1. BILLIGT und unterstützt wärmstens die Initiativen der Regionaldirektorin, die, beginnend mit der Europäischen Kommission, die strategischen Beziehungen zu zentralen Partnern im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region verbessern sollen;
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, die weitere Entwicklung und Verwirklichung einer verstärkten Partnerschaft für Gesundheit in Europa und den Aufbau von Bündnissen für Gesundheit zu unterstützen;
3. BEGRÜSST die Gemeinsame Erklärung der Europäischen Kommission und des WHO-Regionalbüros für Europa;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin, die Erörterungen und Stellungnahmen des Regionalkomitees zur Kenntnis zu nehmen und:
  - a) sicherzustellen, dass Partnerschaften allen Mitgliedstaaten zugute kommen, und zu betonen, dass die Zusammenarbeit auf Länderebene für eine Verbesserung der Gesundheit unverzichtbar ist,
  - b) weiter zu verhandeln und Modalitäten zur Stärkung der Beziehungen mit allen Partnern für die Gesundheit zu untersuchen, zu denen auch die Europäische Union und ihre Institutionen zählen,
  - c) eine Strategie der Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO zu entwickeln und dem Regionalkomitee auf dessen 61. Tagung vorzulegen.

## EUR/RC60/R5

### **Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts zur Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in der Europäischen Region der WHO;<sup>3</sup>

eingedenk der darin beschriebenen gesundheitspolitischen Herausforderungen;

in Anerkennung des Fortschritts in der Gesundheitspolitik durch frühere Initiativen, hierunter Gesundheit für alle, GESUNDHEIT21 und die Charta von Tallinn,

in Erkenntnis der fortdauernden Notwendigkeit, das Engagement für umfassende und stimmige gesundheitspolitische Maßnahmen zu erneuern und Konzepte, Funktionen und Strukturen des Gesundheitsschutzes in den Fokus zu rücken sowie die Gesundheitssysteme in der Region zu stärken und eine interregionale Zusammenarbeit zu fördern –

1. STIMMT ZU, dass:
  - a) eine neue Europäische Gesundheitspolitik, die von dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2006–2015 (GPW) der Organisation inspiriert ist, zusammen mit der Stärkung der Konzepte, Strategien, Funktionen und Strukturen des Gesundheitsschutzes einen geeigneten Weg für die Gestaltung zusammenhängender regionsweiter Maßnahmen in der künftigen Gesundheitspolitik bietet,

<sup>3</sup> Dokument EUR/RC60/13

- b) die wirksamste Methode für den Abbau der gesundheitlichen Benachteiligungen, die Bewältigung der Gesundheitsdeterminanten, die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und die Sicherung der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen die Verfolgung eines Ansatzes auf Grundlage der Gesundheit für alle und damit auch der Gesundheit in allen Politikbereichen ist, welcher solide Gesundheitsschutzforschung, evidenzbasierte Theorie und Praxis und eine Gesundheitssystemorientierung berücksichtigt,
  - c) ein allgemeiner, anpassungsfähiger Rahmen für nationale Gesundheitskonzepte und -strategien unter Beteiligung der Mitgliedstaaten entwickelt werden sollte, um die Zusammenarbeit zwischen einer Reihe von nationalen und internationalen Partnern und Akteuren zu erleichtern;
2. BEFÜRWORTET die fünf in dem Bericht genannten Methoden zur Bewältigung der zentralen Herausforderungen in Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in Europa als eine Grundlage für die vom Regionalbüro vorgeschlagene Formulierung einer Europäischen Gesundheitspolitik, die in die Zukunftsvision der Regionaldirektorin eingebettet ist, hierunter:
- a) die Förderung von Partnerschaften mit globalen, regionalen und nationalen Gesundheitsakteuren,
  - b) die Verbesserung der Gesundheit durch ein erneuertes Engagement für die Stärkung der Gesundheitssysteme,
  - c) die Stärkung der Leistungen und Angebote im Gesundheitsschutz, einschließlich Prävention,
  - d) die Bewältigung struktureller Fragen in Gesundheitssystemen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels (Verknüpfung zwischen Gesundheitsschutz, Gesundheitsversorgung und sektorübergreifenden Maßnahmen),
  - e) die gründliche Überprüfung der Wirksamkeit der derzeit für den Gesundheitsschutz verfügbaren Instrumente;
3. ERSUCHT die Mitgliedstaaten, an der vom WHO-Regionalbüro für Europa geleiteten Entwicklung einer Europäischen Gesundheitspolitik und eines gemeinsamen Rahmens für nationale Gesundheitskonzepte und -strategien mitzuarbeiten;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) in einem partizipatorischen Prozess unter Beteiligung der Mitgliedstaaten, der Europäischen Union und anderer Partner eine Europäische Gesundheitspolitik als ein kohärentes Rahmenkonzept zu entwickeln (dieses Rahmenkonzept wird eine Zukunftsvision mit Werten und Prinzipien sowie Ziele, Zielsetzungen und Zielvorstellungen samt Strategien enthalten),
  - b) ein erneuertes politisches Engagement für die Entwicklung oder Erneuerung umfassender nationaler Konzepte, Strategien und Pläne als ein von der Global Policy Group der Organisation vorangetriebenes Projekt zu fördern, und dafür zu sorgen, dass die WHO Hand in Hand mit den Mitgliedstaaten zu deren Unterstützung in ihren strategischen Entwicklungen arbeitet, damit sie ihre gesundheitlichen Ergebnisse verbessern und ihre Gesundheitssysteme stärken,
  - c) ein erneuertes Augenmerk und ein erneuertes Engagement für Leistung, Funktion und Angebot im Gesundheitsschutz zu schaffen und reales Engagement und reale Investitionen für Prävention und Gesundheitsförderung aufzubringen,
  - d) das Engagement für die Stärkung der Gesundheitssysteme zu erhalten (durch Konsensbildung, gegebenenfalls weitere Klärung der involvierten Definitionen, Konzepte, Funktionen und Verknüpfungen sowie die Entwicklung praktischer Werkzeuge und Instrumente für die Umsetzung),
  - e) die Werkzeuge und Instrumente für den Gesundheitsschutz im 21. Jahrhundert zu überprüfen,
  - f) eine kritische Bewertung aller laufenden Maßnahmen vorzunehmen, insbesondere im Bereich der Festlegung von Standards und Normen, um eine optimale Nutzung der in der Region vorhandenen Erfahrungen und Strukturen zu ermöglichen,
  - g) in Erfüllung all dieser Verpflichtungen bei der Steuerung dieses Prozesses eng mit den Mitgliedstaaten und anderen Partnern zusammenzuarbeiten.



## EUR/RC60/R6

### **Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit: Öffentliche Gesundheit ist globale Gesundheit**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen A/RES/64/108 und A/RES/63/33 über globale Gesundheit und Außenpolitik sowie den vom Generalsekretär in enger Zusammenarbeit mit der Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation und in Konsultation mit den Mitgliedstaaten vorgelegten Bericht A/64/365 *Global health and foreign policy: strategic opportunities and challenges* [dt.: Globale Gesundheit und Außenpolitik: Strategische Chancen und Herausforderungen]

–

1. NIMMT KENNNTNIS von den Empfehlungen der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu globaler Gesundheit und Außenpolitik sowie Entwicklungszusammenarbeit;
2. ERKENNT AN, dass globale Gesundheit ein integrales Element im Aufbau von Sicherheit, Wohlstand, Gerechtigkeit und Menschenwürde auf nationaler Ebene, überall in der Europäischen Region der WHO und überall in der internationalen Gemeinschaft ist und daher auch im strategischen Interesse der Außen-, Gesundheits- und Weltpolitik liegt;
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) Gesundheitsthemen in der Formulierung ihrer Außenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit zu berücksichtigen,
  - b) mehr Kohärenz zwischen Gesundheits- und Außenpolitik sowie Entwicklungszusammenarbeit zu schaffen,
  - c) Diplomaten und Gesundheitsbeamte in Fragen der globalen Gesundheit und der Außenpolitik sowie der Entwicklungszusammenarbeit mehr zu schulen,
  - d) die Bemühungen der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit um die globale Gesundheit zu verbessern, indem sie in den bestehenden diplomatischen Foren für Gesundheit wie für andere Fragen die konzeptionelle Kohärenz fördern und Gesundheit zu einem integralen Aspekt anderer globaler Politikbereiche machen,
  - e) das politische Engagement und das institutionelle Fundament für außen- und entwicklungspolitische Maßnahmen zur globalen Gesundheit zu stärken;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) die Mitgliedstaaten darin zu unterstützen, globale Gesundheit besser in ihren außen- und entwicklungspolitischen Zielen und Prozessen zu verankern, und den Gesundheitsministerien und dem Gesundheitspersonal zu helfen, ein besseres Verständnis des außen- und entwicklungspolitischen Kräftespiels zu gewinnen,
  - b) vorrangige Themen für einen Dialog zwischen Gesundheitssektor und Außenpolitik sowie Entwicklungszusammenarbeit zu benennen und die regelmäßige Durchführung solcher Gespräche zu unterstützen,
  - c) Neuerungen in regierungsübergreifenden Strategien und Koordinierungsprozessen zu untersuchen, die vielversprechende Wege für mehr Weisheit, Fähigkeit und Leistung der Außenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der globalen Gesundheit eröffnen,
  - d) Studien und Analysen zur Erstellung eines umfassenden Bildes von der Verbindung zwischen globaler Gesundheit und Außenpolitik sowie Entwicklungszusammenarbeit überall in der Europäischen Region der WHO zu unterstützen und mit den nationalen und regionalen Schulen für Diplomatie und Außenpolitik Beziehungen anzuknüpfen,

- e) zur Stärkung der Kompetenz von Diplomaten und Gesundheitsbeamten in der globalen Gesundheitsdiplomatie beizutragen und zu diesem Zweck Ausbildungsleitlinien und offen zugängliche Materialien für Aufklärung, Ausbildung und Schulung zu entwickeln.

## EUR/RC60/R7

### Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf seine Resolutionen EUR/RC49/R4 und EUR/RC54/R3 zum Thema Umwelt und Gesundheit, welche die Ergebnisse der dritten und der vierten Ministerkonferenz über Umwelt und Gesundheit in London (1999) und Budapest (2004) unterstützte,

in Anerkennung des hohen Vorrangs, der dem Zuwegebringen einer Umwelt eingeräumt werden sollte, die der Gesundheit aller Menschen, jedoch besonders der Kinder und anderer gefährdeter Gruppen, in der Europäischen Region der WHO förderlich ist,

in Würdigung der in den vergangenen 20 Jahren in dieser Hinsicht durch den Prozess Umwelt und Gesundheit für Europa (EEHP) erzielten Fortschritte, der durch die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa unterstützt und vom Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (EEHC) in Partnerschaft mit den Mitgliedstaaten, Gremien der Vereinten Nationen und weiteren zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie der Europäischen Kommission gelenkt wurde,

in der Erkenntnis der Notwendigkeit einer Fortsetzung und Stärkung des EEHP, der weiter einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO im 21. Jahrhundert leisten wird, insbesondere durch eine Verringerung der Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten, Infektionskrankheiten und chronische Erkrankungen, die aktuellen und neu entstehenden umweltbedingten Risikofaktoren zugeschrieben werden können –

1. SPRICHT SEINEN DANK an den EEHC für seine Rolle in der Lenkung des Prozesses Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO in der Vergangenheit AUS;
2. SPRICHT SEINEN DANK an die italienische Regierung und die Stadt Parma für die Beherbergung der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma vom 10. bis 12. März 2010 und für ihre organisatorischen und finanziellen Beiträge hierzu AUS;
3. SPRICHT SEINEN DANK an das WHO-Regionalbüro für Europa für seine Rolle in der erfolgreichen Organisation der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit und als Sekretariat des EEHP seit 1989 und insbesondere für die fachliche Arbeit seines Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit (mit Büros in Rom und in Bonn) AUS, das Sachverstand und Unterstützung für die Mitgliedstaaten und andere Akteure und Partner zur Umsetzung der im Rahmen des EEHP und der Serie von Ministerkonferenzen Umwelt und Gesundheit eingegangenen Verpflichtungen angeboten hat;
4. UNTERSTÜTZT die Entscheidungen der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, wie sie in der Erklärung von Parma zu Umwelt und Gesundheit und dem Arbeitspapier mit dem Titel *Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (2010–2016): Der institutionelle Rahmen* enthalten sind;<sup>4</sup>
5. BEGRÜSST die Unterstützung für den EEHP und die Verpflichtungen aus Parma durch die Erklärung der Europäischen Kommission und die Erklärung der Jugendvertreter in Parma;
6. ERKENNT die Notwendigkeit AN, wirksame Mechanismen zur Koordinierung von fachlicher und finanzieller Zusammenarbeit zwischen den Sektoren, Ländern und allen Akteuren und Partnern zu schaffen, um so gesetzgeberische und institutionelle Reformen anzustoßen, die Kapazitäten der Länder zu stärken und die Belastung durch Umweltgefahren wirksam zu vermindern, sich zugleich aber auf jene Aktivitäten zu konzentrieren, die der Region ohne Überschneidung von Aktivitäten und doppelten Einsatz von Ressourcen einen substanziellen zusätzlichen Nutzen bringen;

<sup>4</sup> Dokument EUR/55934/7, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/104461/Parma\\_EH\\_Conf\\_gdoc07.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/104461/Parma_EH_Conf_gdoc07.pdf).

7. ERKENNT die Notwendigkeit AN, den EEHP mit angemessener politischer Prominenz und Führung zu versehen;
8. UNTERSTÜTZT gemäß der Beschreibung in dem Dokument *Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (2010–2016): Der institutionelle Rahmen* die Errichtung:
  - a) der Europäischen Sonderarbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit (EHTF) als der führenden internationalen Instanz für die Umsetzung und Kontrolle des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa,
  - b) des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit (EHMB) als das politische Gesicht und die treibende Kraft der internationalen Politik im Bereich Umwelt und Gesundheit mit dem Ziel, die Umsetzung der innerhalb des EEHP eingegangenen Verpflichtungen voranzutreiben;
9. FORDERT den EHMB und die EHTF auf, gemäß dem auf der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit gebilligten Zeitplan jährlich an das WHO-Regionalkomitee für Europa und den Ausschuss für Umweltpolitik der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) über das bisher Erreichte und über Bereiche mit noch bestehendem Handlungsbedarf sowie über die Tätigkeit von EHMB und EHTF und ihre Arbeitspläne und ihren Finanzbedarf zu berichten;
10. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,<sup>5</sup>
  - a) in Zusammenarbeit mit allen anderen Akteuren und Partnern jede Anstrengung zur Verwirklichung der auf der Fünften Ministerkonferenz vereinbarten Verpflichtungen zu unternehmen,
  - b) besonderes Augenmerk auf das Erreichen der fünf messbaren Zielvorgaben zu legen, die in der Erklärung von Parma und dem Dokument Entschlossenheit zum Handeln dargelegt sind,
  - c) auf die zentralen Herausforderungen unserer Zeit im Bereich von Umwelt und Gesundheit zu reagieren, hierunter:
    - i) die gesundheitlichen und ökologischen Folgen des Klimawandels und der darauf bezogenen politischen Handlungskonzepte,
    - ii) die gesundheitlichen Risiken, denen Kinder und andere gefährdete Gruppen aufgrund ungünstiger Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen (insbesondere das Fehlen einer angemessenen Wasserver- und Abwasserentsorgung) ausgesetzt sind,
    - iii) die sozioökonomischen und geschlechtsbezogenen Ungleichheiten zwischen den Menschen in Bezug auf Umwelt und Gesundheit, die sich durch die Finanzkrise noch verschärft haben,
    - iv) die Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten, insbesondere insofern sie durch angemessene Konzepte für Bereiche wie Stadtentwicklung, Verkehr, Lebensmittelsicherheit und Ernährung sowie die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen verringert werden kann,
    - v) besorgniserregende Problemfelder wie persistente, endokrin wirksame und bioakkumulierende schädliche Chemikalien und (Nano-)Partikel sowie neuartige und neu auftretende Problemstellungen,
    - vi) unzureichende Ressourcenausstattung in Teilen der Europäischen Region der WHO,
  - d) Mechanismen oder Strukturen zu schaffen oder zu stärken, die eine wirksame Politikumsetzung sichern, lokales Handeln fördern und zu einer aktiven Beteiligung am EEHP führen, strategische Partnerschaften und Netzwerke fördern und die Einbeziehung der Jugendlichen auf nationaler wie internationaler Ebene in allen Mitgliedstaaten ermöglichen,
  - e) sich stärker für die Entwicklung, Verbesserung und Umsetzung neuer gesundheits- und umweltpolitischer Rechtsvorschriften und ggf. die Fortsetzung von Gesundheitsreformen, insbesondere in den neuen unabhängigen Staaten und den Ländern Südosteuropas, einzusetzen, um eine Straffung, Aufwertung und Stärkung der Leistung im Gesundheitswesen und im Umweltschutz herbeizuführen,

<sup>5</sup> und, soweit angemessen, Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- f) für Investitionen in nachhaltige, umweltfreundliche und gesundheitsfördernde Technologien einzutreten, indem die hierdurch entstehenden Chancen, etwa energieeffiziente Gesundheitsdienste und Arbeitsplätze im Umweltbereich, hervorgehoben werden,
  - g) sich an der Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Unterstützung für die Aktivitäten des WHO-Regionalbüros für Europa im Bereich Umwelt und Gesundheit und insbesondere für das Europäische WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit zu beteiligen;
11. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) weiter die Umsetzung der auf früheren Ministerkonferenzen für Umwelt und Gesundheit getroffenen Entscheidungen zu unterstützen, insbesondere des Protokolls über Wasser und Gesundheit zum Übereinkommen von 1992 über den Schutz und die Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen und der Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit, die vom gemeinsamen Paneuropäischen Programm Verkehr, Gesundheit und Umwelt von WHO und UNECE entwickelt wurde,
  - b) weiter die Führungsrolle innerhalb des EEHP wahrzunehmen durch weitere Förderung der Tätigkeit des Regionalbüros und der Länderbüros im Bereich Umwelt und Gesundheit, durch besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse gefährdeter Bevölkerungsgruppen und namentlich durch Thematisierung der sozialen und geschlechtsbezogenen Ungleichheiten im Bereich Umwelt und Gesundheit,
  - c) besondere Aufmerksamkeit auf die Förderung strategischer Partnerschaften und Netzwerke zu richten, damit Aspekte des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes in die relevanten Konzepte aller Politikbereiche wirksamer einbezogen werden können,
  - d) weiterhin das Sekretariat des EEHP zu stellen, wie in der Erklärung von Parma sowie dem Dokument *Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (2010–2016): Der institutionelle Rahmen* vorgesehen, und hierzu auch die erforderlichen personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen und Kapazitäten bereitzustellen,
  - e) internationale Ressourcen zur Unterstützung der Umsetzung der auf der Konferenz von Parma getroffenen Entscheidungen in den Ländern zu mobilisieren.

## EUR/RC60/R8

### Die künftige Finanzierung der WHO

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts der Regionaldirektorin über die künftige Finanzierung der WHO,

unter Hinweis auf die Rolle der WHO für die Steuerung und Koordinierung der internationalen Gesundheitsarbeit und die aktive Rolle, welche die Mitgliedstaaten der Europäischen Region in den Grundsatzdebatten und für die allgemeine Entwicklung der WHO spielen,

ferner unter Hinweis darauf, dass die Beiträge der Mitgliedstaaten der Europäischen Region mehr als 50% der Gesamtfinanzierung der Organisation ausmachen und dass das Thema infolgedessen von besonderer Bedeutung für diese Region ist,

in der Erkenntnis, dass die aktuelle Art der Finanzierung der WHO, in der zwei Drittel des Gesamthaushalts aus stark zweckgebundenen Beiträgen stammen, die WHO vor ernsthafte Herausforderungen stellt,

ferner in der Erkenntnis, dass bessere Mechanismen gefunden werden müssen, um die von den leitenden Organen der WHO vereinbarten Prioritäten mit den zu ihrer Finanzierung verfügbaren Mitteln in Einklang zu bringen und so eine größere Vorhersehbarkeit und Stabilität der Finanzierung sicherzustellen,

in Unterstützung einer erweiterten Führungsrolle für die WHO auf globaler, regionaler und nationaler Ebene in Bezug auf ihre normativen und beratenden Funktionen zur Bewältigung der globalen Herausforderungen im Gesundheitsbereich sowie auf ihre fachliche Unterstützung bei der Führung der Gesundheitssysteme und in der Gesundheitspolitik –

1. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) der Generaldirektorin seine Ansichten, Anmerkungen und Anregungen zur künftigen Finanzierung der WHO und zu den damit verbundenen Herausforderungen für die globale Führung im Gesundheitsbereich mit dem Ziel ihrer Einbeziehung in den Bericht der Generaldirektorin zu diesem Thema an den Exekutivrat auf seiner 128. Tagung zu überbringen,
  - b) die Generaldirektorin und die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region in einem ergebnisorientierten Prozess, welcher der Klärung und Stärkung der Rolle der WHO in der globalen Führung im Gesundheitsbereich dient, und in der Entwicklung von Mechanismen für eine angemessene langfristige Finanzierung der Prioritäten der Organisation zu unterstützen;
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) aktiv an Bemühungen auf regionaler und globaler Ebene zur Klärung und Stärkung der Rolle der WHO in der globalen Führung im Gesundheitsbereich mitzuwirken und sich an der laufenden Debatte über die künftige Finanzierung der Organisation zu beteiligen,
  - b) in dem Maße, in dem die nationalen Haushaltsverfahren es zulassen, schrittweise von der zweckgebundenen Finanzierung der WHO zu einer Finanzierung ihres allgemeinen Haushalts überzugehen, die besser die gemeinschaftlich von den leitenden Organen der Organisation vereinbarten Konzepte und Strategien widerspiegelt.

## **EUR/RC60/R9**

### **Programmhaushaltsvoranschlag für 2012–2013**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsentwurfs für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 (Dokument EUR/RC60/10) und der dazugehörigen regionalen Perspektive (EUR/RC60/10 Add.1) und nach Kenntnisnahme der diesbezüglichen Stellungnahme des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees sowie des Regionalkomitees selbst,

unter Begrüßung der kontinuierlichen Bemühungen in der gesamten Organisation um Vorlage eines stärker zielgerichteten Haushalts mit einer längerfristigen strategischen Zielsetzung, die sich über drei Zweijahreszeiträume erstreckt und in den Zielen des Mittelfristigen Strategieplans zum Ausdruck kommt,

in Kenntnis der Tatsache, dass der Haushaltsentwurf im Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 steht, in der der Regionaldirektor ersucht wurde, das regionale Element des Programmhaushalts in Übereinstimmung mit den für die Vorlage des globalen Programmhaushalts zu Grunde gelegten Prinzipien darzustellen und zugleich die Prioritäten und Besonderheiten der Region herauszuarbeiten,

weiterhin in Kenntnis der Tatsache, dass der vorliegende Haushaltsentwurf angesichts der Tatsache, dass der Generaldirektor nach Artikel 34 der Satzung der WHO die Haushaltsvoranschläge der Organisation vor der endgültigen Zustimmung durch die Weltgesundheitsversammlung dem Exekutivrat zu unterbreiten hat, noch als vorläufig anzusehen ist,

mit Besorgnis das fortdauernde Ungleichgewicht zwischen von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region gebilligten zentralen Gesundheitsprioritäten und den für solche Prioritäten bestimmten freiwilligen Beiträgen feststellend –

1. NIMMT den im Dokument EUR/RC60/10 enthaltenen globalen Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 ZUR KENNNTNIS, der durch ordentliche sowie freiwillige Beiträge finanziert wird, sofern letztere zur Verfügung stehen;

2. BEFÜRWORTET die strategische Ausrichtung, die in dem Dokument „Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 – Die Perspektive der Europäischen Region“ (EUR/RC60/10 Add.1) enthalten ist;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, der Generaldirektorin die vom Regionalkomitee in Bezug auf den Programmhaushaltsentwurf vorgebrachten Ansichten, Anmerkungen und Anregungen zu übermitteln, die bei seiner Fertigstellung erwogen werden sollten;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin, der Generaldirektorin auch zu übermitteln, dass das Regionalkomitee eine weitere Stärkung der Mechanismen und Prinzipien für die Zuweisung zentral verwalteter Mittel an die wichtigen Büros der Organisation anregt;
5. ERSUCHT die Regionaldirektorin (nach Annahme des globalen Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2011), ein Bündel von Leistungsindikatoren und eine Liste mit zentralen Ergebnissen (in Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees) vorzubereiten und dem Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung vorzulegen und so die Führungs- und Aufsichtsfunktion des Regionalkomitees zu stärken;
6. BITTET die Mitgliedstaaten eindringlich, eine Zumessung freiwilliger Beiträge für die Arbeit der WHO eingedenk der vereinbarten Prioritäten vorzunehmen.

## **EUR/RC60/R10**

### **Ort und Zeitpunkt der zukünftigen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011–2014**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 59. Tagung angenommene Resolution EUR/RC59/R6 –

1. BEKRÄFTIGT, dass die 61. Tagung vom 12. bis 15. September 2011 in Baku, Aserbaidschan abgehalten wird;
2. BEKRÄFTIGT, dass die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta abgehalten wird;
3. BEKRÄFTIGT, dass die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal abgehalten wird;
4. BEKRÄFTIGT, dass die 64. Tagung 2014 zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt in Kopenhagen abgehalten wird;
5. BESCHLIESST, dass ab 2014 die Tagungen des Regionalkomitees in geradzahligen Jahren, in denen über den zweijährlichen Programmhaushaltsentwurf beraten werden soll, und in Jahren, in denen die Nominierung eines neuen Regionaldirektors ansteht, in Kopenhagen abzuhalten.

## **EUR/RC60/R11**

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

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC60/5 und EUR/RC60/5 Add. 1) –



1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 60. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

## EUR/RC60/R12

### **Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA41.28 über die globale Eradikation der Poliomyelitis bis zum Jahr 2000; WHA56.20 über die Absenkung der globalen Masernsterblichkeit; WHA58.15 über eine globale Impfstrategie (in der die Weltgesundheitsversammlung die globale Impfvision und -strategie als Rahmen zur Stärkung der nationalen Impfprogramme begrüßte und unter anderem feststellte, dass eine Reduzierung der Masernsterblichkeit helfen würde, das Millenniums-Entwicklungsziel 4 in Bezug auf eine Absenkung der Mortalitätsrate bei Kindern unter fünf Jahren zu erreichen) und WHA61.1 über Mechanismen zur Beherrschung möglicher Gefahren für die Poliomyelitis-Eradikation sowie seine eigenen Resolutionen EUR/RC50/R3 über Poliomyelitis-Eradikation und die Erhaltung des poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO und EUR/RC55/R7 über die Stärkung der nationalen Impfsysteme durch die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion in der Europäischen Region der WHO, die allesamt eine Reaktion auf die Notwendigkeit von Impfungen zur Verbesserung der Gesundheit aller Menschen durch eine Absenkung der Morbidität und Mortalität bei durch Impfung vermeidbaren Krankheiten waren,

in Wertschätzung der von den Mitgliedstaaten durch die Umsetzung der Komponenten aus dem Strategieplan und die gleichzeitige fortlaufende Überzeugungsarbeit im Rahmen der jährlichen Europäischen Impfwoche erzielten Fortschritte in Bezug auf das Ziel der Europäischen Region, Masern und Röteln bis 2010 zu eliminieren, jedoch besorgt angesichts der alarmierenden Gefährdung dieses Ziels durch die wachsende Zahl der Masernfälle und -ausbrüche, insbesondere in der Mitte und im Westen der Region,

in der Erkenntnis, dass das Ziel der Europäischen Region, Masern und Röteln zu eliminieren, erreicht werden kann, auch wenn es noch Herausforderungen gibt, die von den Mitgliedstaaten durch politisches Engagement auf höchster Ebene und durch nachhaltige Mobilisierung von Ressourcen angegangen werden müssen,

in Erinnerung daran, dass die Europäische Region am 21. Juni 2002 für poliofrei erklärt wurde, und daher aufgeschreckt durch den in jüngster Zeit erfolgten Polio-Ausbruch in Tadschikistan nach Einschleppung des Virus aus einem Land, in dem es endemisch ist,

in Anerkennung der potenziellen Gefahr einer weiteren Ausbreitung der Poliomyelitis in der Region aufgrund lückenhafter Impfpraxen insbesondere bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen und der Erfordernis finanzieller Ressourcen, um bei künftigen Ausbrüchen schnell reagieren zu können,

in Wertschätzung der schnellen Reaktion Tadschikistans auf die jüngst erfolgte Einschleppung des Polio-Wildvirus und in Würdigung der Präventivmaßnahmen für eine stärkere Überwachung und höhere Durchimpfung mit Polio-Impfstoffen durch die zentralasiatischen Republiken und andere Länder,

nach Prüfung der Berichte zur Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015<sup>6</sup> und zur Poliomyelitis-Eradikation in der Europäischen Region der WHO<sup>7</sup> –

1. DRÜCKT SEIN BEDAUERN über die durch Poliomyelitis erlittenen Todesfälle und erworbenen Behinderungen AUS;
2. BITTET Tadschikistan und alle anderen Länder in der Region EINDRINGLICH, die hochwertige Überwachung der akuten schlaffen Lähmung (AFP) zu erhalten und den Impfgrad zu verbessern;
3. UNTERSTÜTZT:
  - a) das neue Zieldatum 2015 für die Eliminierung von Masern und Röteln aus der Europäischen Region und erneuert zugleich seine Entschlossenheit zur Erreichung dieser Ziele,
  - b) die Notwendigkeit einer erneuten Bekräftigung seines Engagements für die Aufrechterhaltung des poliofreien Status in der Europäischen Region;
4. BITTET alle Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) ihr politisches Engagement und die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu prüfen und zu erhöhen, damit Maßnahmen zur Erreichung des Ziels einer Eliminierung von Masern und Röteln beschleunigt werden können,
  - b) ihr politisches Engagement und die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu prüfen und zu erhöhen, damit der poliofreie Status erhalten bleibt und auch schnell auf eine Einschleppung des Polio-Wildvirus reagiert werden kann,
  - c) hohe Impfraten<sup>8</sup> auf allen subnationalen Ebenen zu erreichen und den Fortschritt in Richtung der Ziele zu überwachen durch:
    - i) Stärkung der Regelimpfung und ergänzende Impfmaßnahmen nach Bedarf unter besonderer Berücksichtigung stark gefährdeter und anfälliger Bevölkerungsgruppen und Gewährleistung wirksamer Kommunikationsstrategien über die Risiken,
    - ii) Sicherung einer stetigen Verfügbarkeit hochwertiger Impfstoffe und ihrer sicheren Verabreichung,
    - iii) Nutzung der Europäischen Impfwoche als ein Instrument der Überzeugungsarbeit, besonders als Antwort auf Impfverweigerungsstrategien,
  - d) sich in öffentlich-privaten Partnerschaften zu engagieren und dabei einen sektorübergreifenden Ansatz zu verfolgen, um die Erhaltung des poliofreien Status und die Erreichung des Ziels der Eliminierung von Masern und Röteln aus der Europäischen Region zu sichern,
  - e) die Eliminierung von Masern und Röteln zu erreichen durch:
    - i) Umsetzung und Verstärkung der fallbezogenen Überwachung unter Ausnutzung des bestehenden, von der WHO akkreditierten Labornetzes für Masern, Röteln und Rötelnembryopathie, damit die Indikatoren für ein Erreichen der Eliminierungsziele verfolgt werden können,
    - ii) Entwicklung oder Überarbeitung nationaler Eliminierungspläne, damit alle Komponenten der Eliminierungsstrategie für Masern und Röteln aufgegriffen werden, insbesondere die Impfung anfälliger Bevölkerungsgruppen und die Ergänzungsimpfung bei Bedarf zur Sicherung der Verabreichung zweier Dosen des Masernimpfstoffs,

<sup>6</sup> Dokument EUR/RC60/15

<sup>7</sup> Dokument EUR/RC60/16

<sup>8</sup> 90 % oder darüber mit dem Polio-Impfstoff und 95 % oder darüber mit zwei Dosen des Masern-/Rötelnimpfstoffs

- iii) Errichtung nationaler Verifizierungskomitees zur Dokumentation der Fortschritte in Richtung auf die Eliminierung von Masern und Röteln und zur Berichterstattung an eine regionale Verifizierungskommission,
- f) den poliofreien Status zu erhalten durch:
  - i) Aufrechterhaltung und Verstärkung der Überwachung des Poliovirus auf Zertifizierungsniveau unter Verwendung des von der WHO akkreditierten Labornetzes für Poliomyelitis gemäß den Anforderungen in Bezug auf Kernkapazitäten nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften,
  - ii) Aufrechterhaltung der Anforderungen in Bezug auf die Laborsicherheitslagerung von Polio-Wildviren,
  - iii) Aktualisierung der nationalen Bereitschaftspläne für schnelle Gegenmaßnahmen im Falle der Einschleppung des Polio-Wildvirus;
- 5. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) den Mitgliedstaaten in diesem Bereich Führung, strategische Richtung und fachliche Orientierung anzubieten und insbesondere die jährlich stattfindende Europäische Impfwoche zu koordinieren, damit die Impfziele der Region erreicht werden,
  - b) sich an globalen und regionalen Partnerschaften zu beteiligen, für Engagement und Ressourcen zur Stärkung und Erhaltung der Impfdienste einzutreten und durch Impfung vermeidbaren Krankheiten vorzubeugen und sie zu bekämpfen, was auch die Eradikation der Poliomyelitis und die Eliminierung von Masern und Röteln umfasst,
  - c) eine regionale Verifizierungskommission für die Eliminierung von Masern und Röteln einzurichten, welche die Dokumentation der Mitgliedstaaten prüfen, die Eliminierung von Masern und Röteln aus der Region verifizieren und auf Länderebene bestätigen kann, dass jedes Land frei von der indigenen Übertragung von Masern und Röteln ist,
  - d) den Austausch der besten Praktiken und Erfahrungen aus der Poliomyelitis-Eradikation und der Eliminierung von Masern und Röteln unter den Mitgliedstaaten zu fördern und standardisierte Indikatoren zur Beobachtung der Fortschritte in Richtung der Eliminierungsziele zu verwenden,
  - e) die Fortschritte der Mitgliedstaaten in Richtung der Impfziele durch Bewertungen und Befragungen zu begleiten und zu beurteilen und so die Qualität der Daten zu den Impfdaten zu validieren,
  - f) dem Regionalkomitee bei seiner 63. Tagung im Jahr 2013 über die gemachten Fortschritte in Bezug auf die Eliminierung von Masern und Röteln zu berichten.

# Anhang 1

## Tagesordnung

### 1. Eröffnung der Tagung

- Wahl des Präsidenten, des Exekutivpräsidenten, des Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und des Berichterstatters
- Annahme der Tagesordnung und des Programms

### 2. Ansprache der Generaldirektorin

### 3. Ansprache der Regionaldirektorin und Bericht über die Arbeit des Regionalbüros

- Mehr Gesundheit für Europa. Anpassung des WHO-Regionalbüros für Europa an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region: Die Perspektive der Regionaldirektorin

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

### 5. Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)

### 6. Grundsatz- und Fachfragen

- Programmbudgetentwurf 2012–2013
  - Globale Ebene
  - Regionale Ebene
- Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa
- Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa
- Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit: Öffentliche Gesundheit ist globale Gesundheit
- Die künftige Finanzierung der WHO
- Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa
- Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
- Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015
- Eradikation von Poliomyelitis in der Europäischen Region der WHO

**7. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen**

- a) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
- b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
- c) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten
- d) Wahl von vier Mitgliedern für den Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit
- e) Nominierung von Mitgliedern der beratenden Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung (CEWG)

**8. Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011 bis 2014**

**9. Sonstige Angelegenheiten**

**10. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

**Fachinformationssitzungen**

Globale Gesundheit und Gesundheitsdiplomatie

Rahmen für nationale Gesundheitspolitik und dazugehörige Strategien und Pläne

Soziale Determinanten von Gesundheit

Die Finanzkrise und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme

Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO

## Anhang 2

# Liste der Arbeitspapiere

### Arbeitsdokumente

EUR/RC60/1 Rev.2	Liste der Arbeitspapiere
EUR/RC60/2 Rev.2	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC60/3 Rev.2	Vorläufiges Programm
EUR/RC60/4	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2008-2009
EUR/RC60/5	Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC60/5 Add. 1	Siebzehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees Bericht über die sechste Tagung
EUR/RC60/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC60/7 Rev.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.2	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.3	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.4	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC60/8	Mehr Gesundheit für Europa Anpassung des Regionalbüros an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region: Die Perspektive der Regionaldirektorin
EUR/RC60/9	Auf der 60. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa zu behandelnde Themen: Überblick und
Verknüpfungen	
EUR/RC60/10	Draft proposed programme budget 2012–2013
EUR/RC60/10 Add. 1	Programmbudgetentwurf 2012–2013 – Die Perspektive der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/11	Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa
EUR/RC60/12	Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/12 Add. 1	Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/13	Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa
EUR/RC60/14	Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit: Öffentliche Gesundheit ist globale Gesundheit
EUR/RC60/15	Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015
EUR/RC60/16	Eradikation von Poliomyelitis in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/16 Add. 1	Eradikation von Poliomyelitis in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/17	Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa
EUR/RC60/18	Die künftige Finanzierung der WHO

### Konferenzdokumente

EUR/RC60/Conf.Doc./1	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2008–2009
EUR/RC60/Conf.Doc./2	Bericht des Siebzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC60/Conf.Doc./3	Programmbudgetentwurf 2012–2013
EUR/RC60/Conf.Doc./4	Mehr Gesundheit für Europa
EUR/RC60/Conf.Doc./5	Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa
EUR/RC60/Conf.Doc./6 Rev.1	Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO



EUR/RC60/Conf.Doc./7	Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa
EUR/RC60/Conf.Doc./8	Gesundheitsaspekte der Außenpolitik und der Entwicklungszusammenarbeit: Öffentliche Gesundheit ist globale Gesundheit
EUR/RC60/Conf.Doc./9	Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC60/Conf.Doc./10	Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa
EUR/RC60/Conf.Doc./11	Ort und Zeitpunkt der zukünftigen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2011–2014
EUR/RC60/Conf.Doc./12	Die künftige Finanzierung der WHO

#### **Informationsdokument**

EUR/RC60/Inf.Doc./1	Programmhaushalt 2008–2009: Leistungsbewertungsbericht
---------------------	--

#### **Dokumente für die Fachinformationssitzungen**

EUR/RC60/TD.1	Globale Gesundheit und Gesundheitsdiplomatie
EUR/RC60/TD.2	Rahmen für nationale Gesundheitspolitik und dazugehörige Strategien und Pläne
EUR/RC60/TD.3	Soziale Determinanten von Gesundheit
EUR/RC60/TD.4	Die Finanzkrise und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme
EUR/RC60/TD.5	Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO

## Anhang 3

# Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer

### I. Mitgliedstaaten

#### Albanien

##### *Repräsentanten*

Dr. Petrit Vasili  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Sokol Gjoka  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter Albanien  
in der Russischen Föderation

##### *Stellvertreter*

Dr. Klodian Rjepaj  
Leiter des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

#### Andorra

##### *Repräsentant*

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

#### Armenien

##### *Repräsentanten*

Prof. Harutyun Kushkyan  
Gesundheitsminister

Dr. Tatul Hakobyan  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

##### *Stellvertreterinnen*

Dr. Narine Beglaryan  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

Marina Babayan  
Beraterin, Botschaft Armeniens in der Russischen Föderation

##### *Berater*

Abraham Sargsyan  
Assistent des Ministers

#### Aserbaidschan

##### *Repräsentanten*

Prof. Ogtay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

Dr. Nigar Aliyeva  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

##### *Stellvertreter*

Dr. Samir Abdullayev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

##### *Beraterin*

Dr. Gulsum Kurbanova  
Leitende Sachverständige, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

#### Belarus

##### *Repräsentant*

Dr. Vasily Zharko  
Gesundheitsminister

##### *Stellvertreter*

Dr. Oleg Ivanov  
Ministerieller Botschaftsrat, Botschaft von Belarus in der  
Russischen Föderation

## **Belgien**

### **Repräsentanten**

Jean-Marc Delizée  
Staatssekretär für Soziales (Behindertenfürsorge),  
Generaldirektion Behindertenfürsorge, Föderaler Öffentlicher  
Dienst Soziale Sicherheit

Seine Exzellenz Herr Guy Trouveroy  
Botschafter Belgiens in der Russischen Föderation

### **Berater**

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

Olivier Belle  
Diplomatischer Berater, Büro des Ministers für Soziales und  
Gesundheit

Bert Schoofs  
Ministerieller Berater, Botschaft Belgiens in der Russischen  
Föderation

Dr. Daniel Reynders  
Leiter, Abteilung für internationale und strategische  
Koordinierung, Generaldirektion Primäre Gesundheitsversorgung  
und Katastrophen-Management, Föderaler Öffentlicher Dienst  
Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und  
Umwelt

Mark Van de Vreken  
Botschaftsrat, Botschaft Belgiens in der Russischen Föderation

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

Stef Peeters  
Attaché, Abteilung für internationale Beziehungen,  
Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der  
Nahrungsmittelkette und Umwelt

## **Bosnien und Herzegowina**

### **Repräsentanten**

Sredoje Nović  
Minister für Verwaltungsangelegenheiten, Bosnien und  
Herzegowina

Dr. Safet Omerović  
Gesundheitsminister, Föderation Bosnien und Herzegowina

### **Stellvertreter**

Seine Exzellenz Herr Željko Janjetović  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter Bosnien  
und Herzegowinas in der Russischen Föderation

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

Dr. Admir Čandić  
Leiter, Abteilung für Gesundheit, Bezirk Brčko

Vedrana Vuković  
Botschaftsrätin, Abteilung für internationale Zusammenarbeit  
und europäische Integration, Ministerium für  
Verwaltungsangelegenheiten, Bosnien und Herzegowina

Ivan Figurek  
Erster Sekretär, Botschaft Bosnien und Herzegowinas in der  
Russischen Föderation

## **Bulgarien**

### **Repräsentanten**

Dessislava Dimitrova  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Seine Exzellenz Herr Plamen Grozdonov  
Botschafter Bulgariens in der Russischen Föderation

### **Stellvertreterin**

Dessislava Parusheva  
Erste Sekretärin, Direktion für Menschenrechte, Ministerium für  
Auswärtige Angelegenheiten

### **Beraterin**

Vera Shatilova  
Botschaft Bulgariens in der Russischen Föderation

## **Dänemark**

### **Repräsentanten**

Dr. Else Smith  
Generaldirektorin, Dänisches Gesundheitsamt

Herr Mogens Jørgensen  
Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit

### **Stellvertreterinnen**

Katrine Schjønning  
Leiterin, Abteilung für Internationales und Rechtsfragen,  
Ministerium für Inneres und Gesundheit

Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

### **Beraterinnen**

Dr. Thea Kølsen Fischer  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Frau Helle Engslund Krarup  
Sonderberaterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

## **Deutschland**

### **Repräsentanten**

Annette Widmann-Mauz  
Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für  
Gesundheit

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

### **Stellvertreter**

Udo Scholten  
Leiter, Unterabteilung, Europäische und internationale  
Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

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

### **Berater**

Dr. Peter Pompe  
Referatsleiter, Protokoll, internationaler Besucherdienst,  
Verbindung zu den in- und ausländischen Vertretungen,  
Sprachendienst; Bundesministerium für Gesundheit

Chariklia Tzimas  
Referentin, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des  
Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Gabriela Girnau  
Persönliche Referentin der Parlamentarischen Staatssekretärin,  
Bundesministerium für Gesundheit

Ortwin Schulte  
Referatsleiter, Grundsatzfragen der europäischen und  
internationalen Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

Norbert Klein  
Erster Sekretär, Leiter des Sozialreferats, Abteilung für Wirtschaft  
und Wissenschaft, Botschaft Deutschlands in der Russischen  
Föderation

Anna Solomatina  
Sozialreferat, Abteilung für Wirtschaft und Wissenschaft,  
Botschaft Deutschlands in der Russischen Föderation

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

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

Patricia Gehrlein  
Referentin, Grundsatzfragen der europäischen und  
internationalen Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

### **Repräsentanten**

Dr. Bujar Osmani  
Gesundheitsminister

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

### **Stellvertreter**

Rijad Ademi  
Leiter, Kozle-Institut für Atemwegserkrankungen bei Kindern

Biljana Gjorgjievka  
Gesundheitsministerin

Seine Exzellenz Herr Iliya Isajlovski  
Botschafter der ehemaligen jugoslawischen  
Republik Mazedonien in der Russischen Föderation

Ana Džeparosua  
Zweite Sekretärin, Botschaft der ehemaligen jugoslawischen  
Republik Mazedonien in der Russischen Föderation

## **Estland**

### **Repräsentanten**

Hanno Pevkur  
Minister für Soziales

Dr. Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

### **Stellvertreter**

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

Marge Reinap  
Leiterin, Referat Gesundheitspolitik, Abteilung für öffentliche  
Gesundheit, Ministerium für Soziales

Triin Habicht  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsökonomie, estnischer  
Krankenversicherungsfonds

Silver Loit  
Referent für politische und ökonomische Angelegenheiten,  
Botschaft Estlands in der Russischen Föderation

### **Beraterin**

Kristel Abel  
Beraterin des Ministers für Soziales

## **Finnland**

### **Repräsentantinnen**

Paula Risikko  
Ministerin für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales  
und Gesundheit

Aino-Inkeri Hansson  
Generaldirektorin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und  
Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### **Stellvertreter**

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

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

Taru Koivisto  
Direktorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Eero Lahtinen  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro  
der Vereinten Nationen und den anderen internationalen  
Organisationen in Genf

Ismo Kolehmainen  
Berater, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

### **Beraterin**

Hannele Tanhua  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## **Frankreich**

### **Repräsentanten**

Seine Exzellenz Herr Jean de Gliniasty  
Botschafter Frankreichs in der Russischen Föderation

Prof. Didier Houssin  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und  
Sport

### **Stellvertreterin**

Brigitte Arthur  
Leiterin, Internationales Büro für Gesundheit und Soziales,  
Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten,  
Ministerium für Gesundheit und Sport

### **Berater**

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

Natacha Tolstoi  
Gruppenleiterin, Abteilung Gesundheit, Generaldirektion Globale  
Angelegenheiten, Entwicklung und Partnerschaften, Ministerium  
für auswärtige und europäische Angelegenheiten

Alexandre de la Volpilière  
Gruppenleiter, Generaldirektion Gesundheit, Ministerium für  
Gesundheit und Sport

Sophie Genais-Diliautas  
Botschaftsrätin, Gesundheit und Soziales, Botschaft Frankreichs in  
der Russischen Föderation

Michel Nercessian  
Attaché, Botschaft Frankreichs in der Russischen Föderation

## Griechenland

### Repräsentanten

Dr. Anastasia Pantazopoulou-Foteinea  
Generaldirektorin, Öffentliche Gesundheit, Ministerium für  
Gesundheit und soziale Solidarität

Antonios Lanaras  
Berater, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für  
Gesundheit und soziale Solidarität

## Irland

### Repräsentanten

James McGovern  
Stellvertretender Leiter, Referat Internationale Angelegenheiten,  
Ministerium für Gesundheit und Kinder

Dr. John Devlin  
Stellvertretender Leitender Medizinalbeamter, Ministerium für  
Gesundheit und Kinder

## Island

### Repräsentant

Seine Exzellenz Herr Benedikt Ásgeirsson  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter Islands in  
der Russischen Föderation

### Stellvertreter

Berglind Ásgeirsdóttir  
Ständige Sekretärin, Gesundheitsministerium

Ingimar Einarsson  
Direktor, Gesundheitsministerium

Dr. Haraldur Briem  
Leitender Epidemiologe, Direktor, Zentrum für  
Gesundheitssicherheit und Bekämpfung übertragbarer  
Krankheiten, Gesundheitsdirektion

## Israel

### Repräsentanten

Yair Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Information und Internationale  
Beziehungen, Gesundheitsministerium

Prof. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

### Stellvertreter

Dr. Ronni Gamzu  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Roi Rosenblit  
Minister und Stellvertretender Missionsleiter, Botschaft Israels in  
der Russischen Föderation

Eitan Wiess  
Ökonomie-Attaché, Botschaft Israels in der Russischen  
Föderation

## Italien

### Repräsentanten

Dr. Fabrizio Oleari  
Generaldirektor, Generaldirektion für Prävention,  
Gesundheitsministerium

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinalbeamter, Generaldirektion für Beziehungen  
zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

## **Kasachstan**

### **Repräsentanten**

Dr. Aida Kurmangaliev  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Dr. Maksut Kulzhanov  
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

### **Stellvertreter**

Gulnara Mukhanova  
Leiterin, Büro für internationale Zusammenarbeit, Abteilung für Strategieentwicklung, Gesundheitsministerium

Dr. Albert Askarov  
Leiter, Abteilung für Abwasser- und Hygieneüberwachung, Gesundheitsministerium

Dr. Serik Tanirbergenov  
Stellvertretender Leiter, Institut für Gesundheitsentwicklung

## **Kirgisistan**

### **Repräsentant**

Dr. Sabirjan Abdikerimov  
Gesundheitsminister

### **Berater**

Dr. Boris Dimitrov  
Berater des Gesundheitsministers

## **Kroatien**

### **Repräsentanten**

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

Dr. Krunoslav Capak  
Stellvertretender Leiter, Kroatisches Institut für Gesundheitswissenschaften

### **Stellvertreterinnen**

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

Jadranka Japunčić  
Botschaftsrätin, Botschaft Kroatiens in der Russischen Föderation

## **Lettland**

### **Repräsentanten**

Didzis Gavars  
Gesundheitsminister

Rinalds Mucins  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

### **Stellvertreterin**

Jānis Reirs  
Parlamentarische Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

## **Litauen**

### **Repräsentanten**

Raimondas Šukys  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Atanas Vinkus  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter Litauens in der Russischen Föderation

### **Stellvertreter**

Viktoras Meižis  
Leiter, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### **Beraterin**

Prof. Zita Kučinskienė  
Dekanin, Medizinische Fakultät, Universität Vilnius

## **Luxemburg**

### **Repräsentanten**

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Robert Goerens  
Leiter, Abteilung für Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion



## Malta

### Repräsentant

Dr. Raymond Busuttil  
Generaldirektor, Abteilung für Gesundheitsvorschriften,  
Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### Stellvertreter

Seine Exzellenz Herr Charles Inguanez  
Botschafter Maltas in der Russischen Föderation

Dr. Miriam Dalmás  
Leiterin, Abteilung für konzeptionelle Entwicklung, EU- und  
internationale Angelegenheiten, Strategie und Nachhaltigkeit,  
Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### Beraterin

Graziella Galea-Pirotta  
Büro des Ständigen Sekretärs, Ministerium für Gesundheit,  
Senioren und Gemeindeversorgung

## Monaco

### Repräsentantinnen

Carole Lanteri  
Stellvertretende Ständige Vertreterin, Ständige Vertretung des  
Fürstentums Monaco bei den Vereinten Nationen und den  
anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Anne Nègre  
Leiterin, Direktion für Gesundheit und Soziales

### Stellvertreter

Frédéric Pardo  
Sekretär für Außenbeziehungen, Abteilung Außenbeziehungen,  
Staatsministerium

## Montenegro

### Repräsentanten

Prof. Miodrag Radunović  
Gesundheitsminister

Dr. Boban Mugosa  
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

### Beraterinnen

Mirjana Djuranović  
Beraterin für internationale Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

Aleksandra Plamenac  
Dolmetscherin

## Niederlande

### Repräsentanten

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

Frederik Lafeber  
Leiter, Globale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit,  
Gemeinwohl und Sport

### Stellvertreter

Roland Driecé  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem  
Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen  
Organisationen in Genf

### Beraterin

Eva van Woersem  
Politische Beraterin, Vereinte Nationen und Finanzinstitutionen,  
Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten  
Nationen und den anderen internationalen Organisationen in  
Genf

## Norwegen

### Repräsentanten

Anne-Grete Strøm-Erichsen  
Ministerin für Gesundheit und Pflegedienste

Dr. Bjørn-Inge Larsen  
Generaldirektor für Gesundheit und Leitender Medizinalbeamter,  
Gesundheitsdirektion

### Stellvertreterin

Hilde Sundrehagen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit  
und Pflegedienste

## **Berater**

Dr. Bjørn Erikstein  
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Tord Dale  
Politischer Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Ingrid Vigerust  
Leiterin, Abteilung Kommunikation, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Benedikte Alveberg  
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Vibeke Gundersen  
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Sverre Berg Lutnæs  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Arne-Petter Sanne  
Direktor, Gesundheitsdirektion

Bengt Skotheim  
Leitender Exekutivbeamter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsdirektion

Thor Erik Lindgren  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Bård Vandvik  
Sekretär, Botschaft Norwegens in der Russischen Föderation

## **Österreich**

### **Repräsentantin**

Dr. Verena Gregorich-Schega  
Leiterin, Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, WHO, Protokollangelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit

### **Stellvertreterin**

Liana Sargsyan  
Internationale Koordination der Gesundheitspolitik, WHO, Protokollangelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit

## **Polen**

### **Repräsentanten**

Dr. Ewa Kopacz  
Gesundheitsministerin

Dr. Adam Fronczak  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

### **Stellvertreter**

Dr. Wojciech Kutyla  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Przemysław Biliński  
Stellvertretender Leitender Hygieneinspektor, Oberste Gesundheitsbehörde

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

Prof. Andrej Wojtczak  
Vorsitzender, Hygiene- und Epidemiologiedienst, Kollegium „Mazovia“

Leszek Nahorski  
Leiter, Klinik für Parasiten- und Tropenkrankheiten, Institut für Meeres- und Tropenmedizin

Dr. Szymon Moś  
Berater der Gesundheitsministerin

### **Berater**

Justyna Tyburska-Malina  
Leitende Sachverständige, Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Wojciech Gwiazda  
Sachverständiger, Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Sławomir Wiesławski  
Berater der Gesundheitsministerin

## Portugal

### *Repräsentanten*

Seine Exzellenz Herr Pedro Nuno de Abreu e Melo Bártolo  
Botschafter Portugals in der Russischen Föderation

Prof. Maria do Céu Machado  
Hochkommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Prof. José Pereira Miguel  
Leiter, Staatliches Gesundheitsinstitut Doutor Ricardo Jorge

Ana Maria Ribeiro da Silva  
Botschaftsrätin, Botschaft Portugals in der Russischen Föderation

Irina Andrade  
Beraterin der Hohen Kommissarin für Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

Rita Gião  
Gesundheitsministerium

## Republik Moldau

### *Repräsentanten*

Prof. Vladimir Hotineanu  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Andrei Neaguța  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter der  
Republik Moldau in der Russischen Föderation

### *Stellvertreter*

Prof. Ion Ababii  
Rektor, Staatliche Medizinische und Pharmazeutische Universität  
Nicolae Testemitanu

Dr. Eugenia Berzan  
Leiterin, Abteilung für Auswärtige Angelegenheiten und  
Europäische Integration, Gesundheitsministerium

Cristina Mahu  
Erste Sekretärin, Botschaft der Republik Moldau in der Russischen  
Föderation

## Rumänien

### *Repräsentanten*

Dr. Adrian Streinu-Cercel  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Eva Racz  
Persönliche Beraterin des Gesundheitsministers

### *Stellvertreterin*

Roxana Rotocol  
Beraterin für europäische Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

## Russische Föderation

### *Repräsentantinnen*

Dr. Tatiana Golikova  
Ministerin für Gesundheit und soziale Entwicklung

Prof. Veronika Skvortsova  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale  
Entwicklung

### *Stellvertreter*

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

Prof. Gennady Onishchenko  
Direktor, Föderale Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und  
Gemeinwohl

Dr. Ivan Dubov  
Leiter, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und  
Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und Soziale  
Entwicklung

Dr. Olga Krivonos  
Leiterin, Abteilung für Organisation und Entwicklung der  
Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und soziale  
Entwicklung

Dr. Marina Shevyreva  
Leiterin, Abteilung für Gesundheitsversorgung und Hygiene/  
Epidemiologie, Ministerium für Gesundheit und soziale  
Entwicklung

Valentina Shirakova  
Leiterin, Abteilung für Entwicklung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Angebote an Mütter, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Elena Shipleva  
Leiterin, Finanzabteilung, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

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

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

### **Berater**

Dr. Elena Bugrova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Organisation und Entwicklung der Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Ljudmila Mikhajlova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Organisation und Entwicklung der Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Oleg Filippov  
Stellvertretender Leiter, Abteilung für Entwicklung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Angebote an Mütter, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Olga Chumako  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Entwicklung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Angebote an Mütter, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

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

Dr. Anatoly Pavlov  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

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

Dr. Galina Chistyakova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Gesundheitsversorgung und Hygiene/Epidemiologie, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Irina Bragina  
Stellvertretende Leiterin, Föderale Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Gemeinwohl

Dr. Elena Ezhlova  
Abteilungsleiterin, Föderale Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Gemeinwohl

Dr. Andrej Guskov  
Stellvertretender Abteilungsleiter, Föderale Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Gemeinwohl

Dr. Mark Tsheshkovsky  
Abteilungsleiter, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

## **San Marino**

### **Repräsentant**

Dr. Andrea Gualtieri  
Leiter der Gesundheitsbehörde

## **Schweden**

### **Repräsentanten**

Dr. Lars-Erik Holm  
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter, Schwedisches Gesundheitsamt

Fredrik Lennartsson  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Soziales

### **Stellvertreter**

Taina Bäckström  
Direktorin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Bosse Pettersson  
Leitender Berater, Öffentliche Gesundheitspolitik, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Anna Halén  
Stellvertretende Leiterin, Internationale Angelegenheiten und Europäische Union, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Sara Johansson  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

## Schweiz

### Repräsentanten

Pascal Strupler  
Staatssekretär, Direktor, Bundesamt für Gesundheit

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

### Stellvertreter

Claude Crottaz  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Anne-Béatrice Bullinger  
Diplomatische Mitarbeiterin, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten

### Beraterinnen

Alexandra Ruppen  
Diplomatische Mitarbeiterin, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten

Rhena Forrer  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Ewa Mariéthoz  
Projektleiterin, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

## Serbien

### Repräsentanten

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister

Dr. Ivana Mišić  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheitsdienste, Organisation der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsüberwachung, Gesundheitsministerium

### Stellvertreter

Milan Milošević  
Erster Botschaftsrat, Botschaft Serbiens in der Russischen Föderation

## Slowakei

### Repräsentanten

Dr. Ján Porubský  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Adam Hochel  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Gesundheitsministerium

### Stellvertreterin

Eleonóra Bránska  
Generaldirektorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### Berater

Dr. Ján Mikas  
Leiter, Abteilung Epidemiologie, Behörde für öffentliche Gesundheit

## Slowenien

### Repräsentant

Dr. Dorijan Marušič  
Gesundheitsminister

### Stellvertreterinnen

Ihre Exzellenz Frau Ada Filip-Slivnik  
Botschafterin Sloweniens in der Russischen Föderation

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

### Berater

Boštjan Jerman  
Gesandter, Ständige Vertretung Sloweniens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Denis Mancevič  
Dritter Sekretär, Botschaft Sloweniens in der Russischen  
Föderation

## Spanien

### *Repräsentanten*

Dr. José Martínez-Olmos  
Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und  
Soziales

Dr. Ildfonso Hernández Aguado  
Generaldirektor, Abteilung Öffentliche Gesundheit und  
grenzüberschreitende Gesundheit, Ministerium für Gesundheit  
und Soziales

### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr Juan Antonio March Pujol  
Botschafter Spaniens in der Russischen Föderation

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

### *Berater*

Javier Parrondo Barbarro  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Spaniens bei dem Büro  
der Vereinten Nationen und den anderen internationalen  
Organisationen in Genf

Ignacio Cartagena Núñez  
Erster Sekretär, Botschaft Spaniens in der Russischen Föderation

## Tadschikistan

### *Repräsentant*

Nousratullo Salimov  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Dr. Shamsidin Dzhabirov  
Leiter, Zentrum für Immunprophylaxe der Republik Tadschikistan,  
Gesundheitsministerium

## Tschechische Republik

### *Repräsentanten*

Dr. Leoš Heger  
Gesundheitsminister

Dr. Michael Vít  
Stellvertretender Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Jan Růžička  
Direktor, Gesundheitsministerium

Barbora Neubauerová  
Referentin, Gesundheitsministerium

## Türkei

### *Repräsentanten*

Prof. Nihat Tosun  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Ö. Faruk Koçak  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Prof. Sabahattin Aydın  
Leiter, Medipol-Krankenhaus Istanbul

Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

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

Dr. Bekir Keskinliç  
Stellvertretender Generaldirektor für primäre  
Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Sevim Tezel Aydın  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

Azmi Ekmen  
Sachverständiger für EU-Angelegenheiten, Abteilung  
für Koordinierung mit der Europäischen Union,  
Gesundheitsministerium

## **Turkmenistan**

### **Repräsentant**

Dr. Gurbanmamet Elyasov  
Minister für Gesundheitswesen und pharmazeutische Industrie

### **Stellvertreterin**

Leyli Shamuradova  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheitswesen und pharmazeutische Industrie

### **Beraterin**

Maral Aksakova  
Leiterin, Abteilung für epidemiologische Überwachung, Staatlicher Hygiene- und Epidemiologie-Kontrolldienst, Ministerium für Gesundheitswesen und pharmazeutische Industrie

## **Ukraine**

### **Repräsentantinnen**

Svitlana Bunina  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Irina Fedenko  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen und Europäische Integration, Gesundheitsministerium

### **Stellvertreterin**

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

### **Berater**

Volodymyr Mamchenko  
Handelsattaché, Botschaft der Ukraine in der Russischen Föderation

## **Ungarn**

### **Repräsentanten**

Dr. Miklós Szócska  
Staatssekretär für Gesundheit, Ministerium für nationale Ressourcen

Dr. Hanna Páva  
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für nationale Ressourcen

### **Stellvertreter**

Dr. Árpád Mészáros  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für nationale Ressourcen

### **Beraterin**

Noémi Kondorosi  
Beraterin, Abteilung für internationale Fragen und EU-Angelegenheiten, Ministerium für nationale Ressourcen

## **Usbekistan**

### **Repräsentant**

Dr. Adham Ikramov  
Gesundheitsminister

### **Stellvertreter**

Dr. Abdunomon Siddikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## **Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland**

### **Repräsentanten**

Prof. Dame Sally Davies  
Kommissarische Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

Prof. David Harper  
Abteilungsleiter, Schutz und Stärkung der Gesundheit, und leitender Wissenschaftler, Gesundheitsministerium

### **Stellvertreter**

Kathryn Tyson  
Leiterin, Abteilung für internationale Gesundheit und Leistung des Gesundheitswesens, Gesundheitsministerium

Nick Tomlinson  
Stellvertretender Leiter, EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium



### **Beraterinnen**

Dr. Nicola Watt  
Gemeinsame Leitung für globale Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

Nicolette Shipton-Yates  
Konzept-Managerin, Globale Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

### **Zypern**

#### **Repräsentant**

Dr. Christos G. Patsalides  
Gesundheitsminister

#### **Stellvertreter**

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

#### **Berater**

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

George Campanellas  
Verwaltungsangestellter, Gesundheitsministerium

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

### **Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen**

Lidia Bardakova  
Beigeordnete Repräsentantin, Büro in der Russischen Föderation

### **Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen**

Frode Muring  
Residierender Koordinator der Vereinten Nationen und  
Residierender Vertreter des UNDP

### **Gemeinsames HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen**

Dr. Denis Broun  
Leiter, Regionales Unterstützungsteam für Europa und  
Zentralasien

Dr. Lev Zohrabyan  
Regionalbeauftragter, Strategische Information, Regionales  
Unterstützungsteam für Europa und Zentralasien

### **Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen**

Steven Allen  
Regionaldirektor, Regionalbüro für MOE/GUS

Dr. Octavian Bivol  
Regionalbeauftragter, Gesundheitssysteme und  
Gesundheitspolitik

### **Umweltprogramm der Vereinten Nationen**

J. Christophe Bouvier  
Regionaler Repräsentant und Direktor, Regionalbüro für Europa

### **Weltbank**

Abdo Yazbeck  
Sektionsleiter, Region Europa und Zentralasien

### **Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa**

Andrey Vasilyev  
Stellvertretender Exekutivsekretär

## **III. Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**

### **Europäische Union**

Lucie Carroue  
Catherine Chapoux  
Emer Cooke

John Dalli

Dr. Isabel de la Mata  
Paula Duarte Gaspar

Thea Emmerling

Dr. Maarit Kokki

Canice Nolan

Dr. Marc Sprenger

Paola Testori Coggi

Tom van Geldorp

Alberto Volpato

Michael Webb

### **Europarat**

Alexander Vladychenko

Piotr Mierzewski

### **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung**

Mark Pearson

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

### ***Alzheimer's Disease International***

Maria Gantman

Jim Jackson

Dr. Olga Sokolova

Marc Wortmann

### ***International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders***

Dr. Gregory Gerasimov

Dr. Aldo Pinchera

### ***Internationale Allianz der Patientenorganisationen***

Jolanta Bilinska

### ***Internationale Diabetes-Föderation***

Prof. Sehnaz Karadeniz

### ***Internationale Föderation für Familienplanung***

Irene Donadio

### ***Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie***

Denis Hurynovic

Michael Manon

Vladimir Shipkov

Alexey Sichov

Madina Torchinova

### ***International Insulin Foundation***

Prof. John S. Yudkin

### ***International Pharmaceutical Federation***

Dr. Theodorus F. J. Tromp

### ***International Special Dietary Food Industries***

Dr. Jean Claude Javet

### ***International Union of Nutritional Sciences***

Prof. Ibrahim Elmadfa

### ***Rotary International***

Stefan Gelineo

### ***Thalassaemia International Federation***

Dr. Victor Bulyjenkov

Dr. Matheos Demetriades

Dr. Androulla Eleftheriou

### ***Weltverband für Hämophilie***

Catherine Hudon

Brian O'Mahony

Yuri Zhulyev

***World Federation of Hydrotherapy and  
Climatotherapy***

Dr. Natalia Chaurskaya

Prof. Alexandr Razumov

Prof. Umberto Solimene

Prof. Nikolai Storozhenko

Prof. Igor Zorin

**V. Beobachter**

***Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und  
Gesundheit der Kinder in der Europäischen  
Region, Jugendnetzwerk***

Alina Bezhenar

***Behörde für internationale Entwicklung der  
Vereinigten Staaten***

Dr. Nikita Afanasiev

Dr. Alexey Savinykh

William Slater

***Europäische Föderation der Pflegeverbände***

Paul De Raeve

***Europäisches Forum der Ärzteverbände***

Vladislav Alpatov

Anastasia Kovalchuk

Dr. Leonid Mikhaylov

Dr. Mikhail Perelman

Anna Ulianova

***Europäisches Forum der nationalen Pflege- und  
Hebammenverbände***

Dr. Elizabeth Rappold

***European ECO Forum***

Sascha Gabizon

Vladimir Shokhin

Dr. Olga Speranskaya

***European Health Forum Gastein***

Boriana Goranova

Prof. Günther Leiner

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

Nicolas Cantau

Dr. Valery Chernyavskiy

Stefan Wilhelm Emblad

Prof. Michel Kazatchkine

Maria Kirova

***Health and Environment Alliance***

Gillian Erskine

***Sheffield Health and Social Care NHS Foundation  
Trust***

Dr. Kevan Wylie

***Verbund „Regionen für Gesundheit“***

Dr. Pina Frazzica

***Weltkirchenrat***

Natalia Cebotarencu

***Women in Europe for a Common Future***

Olga Speranskaya

Sascha Gabizon

Vladimir Shokhin

## VI. Gäste und Berater auf Zeit

Prof. Farman Abdullayev

Dr. Jessica Allen

Dr. Franklin Apfel

Prof. Ara Babloyan

John Bowis

Jos Draijer

Prof. Danka Farkašová

Prof. Anders Foldspang

Dr. Robert Bates Gill

David Gleicher

Prof. Ilona Kickbusch

Dr. Mihály Kökény

Marek Maciejowski

Prof. Sir Michael Marmot

Prof. Martin McKee

Dr. Sigrun Møgedal

Prof. David Salisbury

Dr. Roufat Yansupov

Galina Chutkova

Aleksandr Denisov

Vadim Egorov

Vadim Filatov

Alla Gext

Antonina Gladkova

Sergej Goncharov

Olga Ivanova

Tatyana Kajgorodova

Elena Khavkina

Aleksandr Kitin

Svetlana Konstantinova

Anna Korotkova

Konstantin Korovka

Dr. Natalia Kostenko

Anatolij Kotelnikov

Dr. Evgeny Kovalevskiy

Nikolaj Kravcov

Aleksej Kulikov

Sofiya Malyavina

Albina Melnikova

Diana Mihajlova

Yuliya Mixajlova

Elena Morozova

Georgiy Moysyak

Natalia Moysyak

Murat Musaev

## VII. Gastgeberland

Sergej Afanasev

Svetlana Akselrod

Galina Alekseeva

Yuliya Bakonina

Olga Borzova

Anastasiya Chixrinova

Nelli Najgovzina

Mikhail Natenzon

Dr. Aleksandr Nedotko

Vladimir Neroev

Irina Nikitina

Rafaehl Oganov

Vitaliy Omelyanovsky

Valentina Petrenko

Dr. Albina Poliah

Sergej Polyakov

Roland Rassoza

Ibod Raximov

Marat Sakaev

Nadezhda Savolajnen

Andrej Selcovskij

Valerij Seleznev

Prof. Igor Sheiman

Anna Shelovnina

Prof. Sergey Shishkin

Evgenij Slastnyx

Anastasiya Smirnova

Vyacheslav Smolenskij

Oleg Sokolov

Dmitrij Sopocinskij

Pavel Suslov

Elena Talanova

Elena Telnova

Natalya Tochilova

Anatolij Tyulpakov

Vladimir Ujba

Sergej Velmyajkin

Elena Viskova

Yurij Voronin

Anatolij Xramov

Petr Yablonskij

Aleksandr Yakovenko

Andrej Yurin

Vladimir Zelenskij

Sergej Zhuk

Dmitrij Zverev

## Anhang 4

# Ansprache der Regionaldirektorin

### **Mehr Gesundheit für Europa: Anpassung des Regionalbüros an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region**

Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren Minister, Exzellenzen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren!

Gestatten Sie mir, Ihnen zu Beginn noch einmal für das Vertrauen zu danken, das Sie vor genau einem Jahr in mich gesetzt haben. Damals nannten Sie meine Zielvorstellungen ehrgeizig, aber notwendig. Heute stehe ich nun vor Ihnen, um Ihnen unsere feste Entschlossenheit zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen zuzusichern und um Ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung zu gewinnen. Erlauben Sie mir deshalb, Ihnen nun zu erläutern, was wir bisher erreicht haben und welche Pläne wir für die Zukunft haben. Ihre Beiträge während dieses Regionalkomitees sind eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass wir uns voranbewegen und die Arbeit der kommenden Jahre sinnvoll gestalten können.

Die WHO ist als Organisation für ihre Arbeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit in der ganzen Welt bekannt. Ebenso wie die zuständigen Akteure in vielen anderen Teilen der Welt muss sich auch das Regionalbüro in der Europäischen Region eine Führungsrolle verdienen und bei der Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik ein hohes Maß an Fachkompetenz sicherstellen.

Ich werde daher alles in meiner Macht Stehende dazu tun, um das Regionalbüro zu stärken und die einzigartige Rolle der WHO in der Europäischen Region zu festigen, Sie in Ihrem wichtigen Streben nach einer weiteren Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in der Europäischen Region zu unterstützen und eines hohes Maß an Kompetenz in der Organisationsführung sowie an wissenschaftlicher Qualität und Kompetenz in unserer inhaltlichen Arbeit zu gewährleisten.

Die neuen Herausforderungen, vor denen wir in der Europäischen Region stehen, lassen uns einen Moment innehalten, um Bilanz zu ziehen, unsere Vision zu erneuern, uns für unsere Führungsrolle im Gesundheitsbereich die nötige Anerkennung zu sichern und unsere Zusammenarbeit mit Ihnen, den Mitgliedstaaten, weiter zu intensivieren und ihr eine stärker strategische Ausrichtung zu geben. Wir müssen unsere Partnerschaften erneuern und wiederbeleben, um in der Europäischen Region mehr Politikkohärenz zu erhalten, und auf den enormen fachlichen, inhaltlichen und institutionellen Kapazitäten aufbauen, die in der gesamten Europäischen Region vorhanden sind.

Damit wir dies erreichen können, ist mein wichtigstes Anliegen die weitere Stärkung des Regionalbüros für Europa. Deshalb habe ich sieben grundlegende strategische Stoßrichtungen und Prioritäten vorgestellt, die auf dieser und auf künftigen Tagungen des Regionalkomitees erörtert werden sollen. Wir haben bereits sämtliche von ihnen in Angriff genommen, doch sind wir für eine erfolgreiche Umsetzung entscheidend auf Ihre aktive Beteiligung als Mitgliedstaaten in der Europäischen Region angewiesen. Erlauben Sie mir, Ihnen schon in diesem Stadium einige der wichtigsten Punkte vorzustellen und dazu Ihren Rat einzuholen.

#### ***Sieben neue strategische Stoßrichtungen und Prioritäten***

Eine neue europäische Gesundheitspolitik – Gesundheit 2020 – soll in einem partizipatorischen Prozess mit Beteiligung der Mitgliedstaaten und anderer Partner herbeigeführt werden. Dadurch soll ein evidenzbasiertes und kohärentes Rahmenkonzept geschaffen werden, das sich mit den neueren Herausforderungen für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit auseinandersetzt und evidenzbasierte und kostenwirksame Konzepte und Strategien für ihre erfolgreiche Bewältigung beinhaltet. Dieses Grundsatzkonzept wird von Evidenz geprägt sein; so wird u. a. auch eine Studie der Europäischen Region zu den sozialen Determinanten von Gesundheit inhaltlich einfließen.

Gesundheit 2020 beinhaltet für das Regionalbüro die Chance, sein Bekenntnis zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu erneuern, der in vielen Ländern Europas auf eine lange und stolze Tradition zurückblicken kann. Dabei ist ein erneuter Nachdruck auf die Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitssysteme in der Region und ihrer Kapazitäten und Funktionen ebenso von entscheidender Bedeutung wie angemessen ausgebildete Fachkräfte, die eine wirksame Gesundheitsförderung in der Bevölkerung betreiben. Um die Krankheitslast und den Druck auf die Gesundheitssysteme zu verringern, müssen die Investitionen in die Prävention erhöht werden.

Durch Gesundheit 2020 wollen wir die strategischen Verknüpfungen zwischen der öffentlichen Gesundheit und den Gesundheitssystemen (und insbesondere der primären Gesundheitsversorgung) weiter verdeutlichen. Dieses ganzheitliche Konzept für die Gesundheitssysteme ist in der Charta von Tallinn verankert. Die neue Politik wird auch Gesundheit als eine entscheidende Voraussetzung für Entwicklung herausstellen und aufzeigen, wie umfassend der Gesundheitsbereich mittlerweile ist, und Verknüpfungen zu anderen Politikbereichen und Umfeldern herstellen. So wird aktiv für Gesundheit als eine staatliche Gesamtverantwortung geworben, bei der die Gesundheitsminister die Federführung innehaben.

Gesundheit 2020 wird den Mitgliedstaaten auch als Inspiration im Hinblick auf die Weiterentwicklung, Erneuerung und Aktualisierung ihrer nationalen Gesundheitskonzepte und -strategien dienen. Die Organisation als Ganzes ist entschlossen, dies zusammen mit den Ländern zu tun. Die Federführung liegt unmittelbar beim Global Policy Council (GPC) unter dem Vorsitz der Generaldirektorin. Ich unterstütze diesen Prozess uneingeschränkt.

Intern wurde mit der Arbeit in diesem Bereich bereits begonnen, um den Prozess zu auszugestalten. Ich freue mich auf Ihre Beiträge zu diesem Thema bei der morgen stattfindenden Podiumsdiskussion der Minister.

Die Führungsarbeit beim WHO-Regionalbüro für Europa soll kontinuierlich verstärkt werden. Die WHO ist eine Vereinigung von Mitgliedstaaten. Deshalb spielen ihre leitenden Organe eine entscheidende Rolle bei der Formulierung von Konzepten und Strategien mit regionaler Ausprägung.

Ein starkes Regionalkomitee, das die nötige Unterstützung erhält, ist das Forum für die wichtigen Grundsatzdialoge und Entscheidungen, die die Arbeit der WHO in der Region prägen. Daher werden Ihnen am Nachmittag während der Sitzung zum Thema Führungsfragen hierzu mehrere Vorschläge vorgelegt. Das konkrete Ziel besteht darin, mit einer inhaltlich ansprechenden Tagesordnung hochrangige Entscheidungsträger wie Sie zur Teilnahme an dieser und an künftigen Tagungen des Regionalkomitees zu bewegen. Die aktive Beteiligung der Mitgliedstaaten wird gefördert, damit sie Eigenverantwortung erhalten und sich für die konkrete Umsetzung engagieren.

Ministerkonferenzen waren in der Vergangenheit erfolgreich und werden auch in Zukunft stattfinden, jedoch nur zu gemeinsamen vorrangigen Themen und in Bereichen, die eine sektorübergreifende Zusammenarbeit erfordern.

Ich erwäge ferner die Einrichtung eines hochrangigen Forums von Regierungsvertretern, um ein uneingeschränktes Engagement für die Ausarbeitung einer Reihe von Konzepten und Strategien sicherzustellen, darunter auch Gesundheit 2020, eine Studie der Europäischen Region zu den sozialen Determinanten von Gesundheit, ein erneutes Bekenntnis der Region zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie eine Reihe anderer Sachfragen.

Um die Aufsichtsfunktion des Regionalkomitees zu stärken, empfehle ich, den Programmaushalt als ein strategisches Instrument zu verwenden, das eine Rechenschaftsablage in Bezug auf die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Resultate und Ergebnisse ermöglicht.

Auch die Rolle des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) muss weiterentwickelt werden, damit dieser wirksam die ihm vom Regionalkomitee übertragenen Aufgaben bewältigen, der Regionaldirektorin als beratendes Organ dienen und sie bei der effektiven Vorbereitung von Tagungen des Regionalkomitees unterstützen und außerdem seiner Aufsichtsfunktion gerecht werden kann. Gleichzeitig müssen wir die Arbeit des SCRC aber auch transparenter machen. Ich schlage weiterhin eine Erhöhung der Mitgliederzahl vor, um eine angemessene geografische Repräsentation der Mitgliedstaaten in der Region zu gewährleisten.

Das Regionalbüro wird zu einem Kompetenzzentrum entwickelt, dessen inhaltliche und strategische Kernaufgaben ebenso wie der Aspekt Gesundheitsdiplomatie in Kopenhagen konzentriert sind und in das die Fachzentren (Außenstellen) wie auch die Länderbüros vollkommen eingebunden sind. Die Kernaufgaben der Organisation - wie die konzeptionelle, strategische und inhaltliche Entwicklung



der Programme, die strategischen Beziehungen zu Ihnen, den Mitgliedstaaten, die Partnerschaften oder die Arbeit der leitenden Organe - werden von Kopenhagen aus gesteuert.

Die Außenstellen werden weiterhin eine bedeutende Rolle spielen, indem sie fachliche Erkenntnisse und Fachwissen sowie Beratung zu Konzepten und Fachprogrammen bereitstellen, den Aufbau von Kapazitäten in den Ländern vorantreiben und - nach Rücksprache mit dem Regionalbüro - die Umsetzung unserer Arbeit in den Mitgliedstaaten unterstützen. Um die volle Einbindung solcher Aktivitäten noch zu verbessern, ist derzeit eine Bestandsaufnahme der Arbeit der Außenstellen im Gange, die auf der ausgezeichneten Arbeit in dieser Region vor zehn Jahren aufbaut und deren Ergebnisse dem Regionalkomitee 2011 vorgelegt werden.

Das Regionalbüro wird auch seine Netzwerke erneuern und mit neuem Leben erfüllen und, wo erforderlich, neue knüpfen: die gesundheitsbezogenen Netze im Rahmen des „Umfeld-Ansatzes“ gibt es zwar noch, sie sind aber schon lange nicht mehr genutzt worden. Auch der Umgang mit den Kooperationszentren erfordert eine erneute Betrachtung, und es müssen effiziente Beziehungen mit den Gesundheitsbehörden, den Hochschulen für Gesundheitswissenschaften und anderen Institutionen geschaffen bzw. wieder hergestellt werden. Hier liegt ein großes Potenzial, und wir werden einen enormen Zugewinn erzielen, wenn wir die vorhandenen Kapazitäten und den verfügbaren Sachverstand in der Region voll ausnutzen.

Der weitere Ausbau der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten ist eine zentrale Aufgabe für die WHO. Die verschiedenen Teile unserer Region benötigen auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Umfang Unterstützung. Alle Länder benötigen die normative und regulative Arbeit der WHO ebenso wie ihre evidenzbasierten Konzepte, Strategien und Programme. Einige Länder sind auch auf ihre Überzeugungsarbeit und Partnerschaft angewiesen. Allerdings ist nicht in allen Ländern eine fachliche Zusammenarbeit vor Ort erforderlich.

Die WHO wird jedes Land in der Region bei der Entwicklung seiner Gesundheitspolitik und seines Gesundheitssystems unterstützen. Die fachliche Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) und den Ländern Südosteuropas sollte im Geiste der Solidarität fortgesetzt werden. Vorgesehen sind auch Seminare für hochrangige politische Entscheidungsträger sowie Experten, die die Verpflichtungen in der internationalen Gesundheitspolitik und globale und regionale Grundsatzfragen zum Gegenstand haben, aber auch Schulungen zum Thema Gesundheitsdiplomatie.

Eine Überprüfung der Arbeit des Regionalbüros mit den wie auch für die Mitgliedstaaten, einschließlich der Arbeit unserer Länderbüros, hat bereits begonnen. Die Ergebnisse werden dem Regionalkomitee im Jahr 2011 in Form einer neuen Länderstrategie vorgelegt. Während dieser Überprüfung werden wir auch die Möglichkeit subregionaler Konzepte nach dem Vorbild des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks und den Erfahrungen anderer Organisationen erkunden. Deshalb habe ich beschlossen, Ihnen heute während des Mittagessens der Minister den Nutzen solcher Netzwerke zu erläutern.

Strategische Partnerschaften für mehr Politikkohärenz sind von entscheidender Bedeutung für eine gesundheitspolitische Landschaft in Europa, in der so viele Akteure tätig sind. Die WHO muss sich in diesem komplexen Umfeld richtig positionieren und schrittweise ihre Zusammenarbeit mit allen Partnern verstärken. Daher wird eine Partnerschaftsstrategie entwickelt und im nächsten Jahr dem Regionalkomitee vorgelegt. Ein erster, aber sehr wichtiger Schritt ist für dieses Jahr vorgesehen: eine gemeinsame Erklärung mit der Europäischen Kommission über eine gemeinsame Zukunftsvision für die Gesundheitspolitik. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird weiterhin auch auf den Ausbau der Beziehungen mit anderen Institutionen der Europäischen Union hinarbeiten. Gespräche wurden auch bereits mit dem Globalen Fonds sowie mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) geführt, die in den kommenden Monaten fortgesetzt werden sollen.

Informations- und Kommunikationstechnologien gehören meines Erachtens zu den wichtigsten strategischen Aktivposten, die das Regionalbüro weiter ausbauen muss, um effizient arbeiten zu können und integrierte Ergebnisse zu erhalten. Wir müssen die neuen Technologien annehmen und erkunden, wie sie in den Dienst der Gesundheitspolitik in der Region gestellt werden können. Wir haben mit dieser Arbeit bereits aktiv begonnen.

Ein Kernelement unserer neuen Informations- und Kommunikationsstrategie - die dem Regionalkomitee auf einer seiner nächsten Tagungen vorgelegt werden soll - ist die Vision eines gemeinsamen Gesundheitsinformationssystems, in dem eine gemeinsame Erhebung, Prüfung und Verbreitung von Daten durch die internationalen Partner erfolgt.

Außerdem gibt es bestimmte Schlüsseltechnologien in der Kommunikation, die unsere Arbeitsweise verändern werden, z. B.:

- die sozialen Medien als Plattform für den Austausch von Wissen, Ideen und Meinungen;
- eine zunehmende und interaktive Internetpräsenz des Regionalbüros, die mit starken Kommunikationsfunktionen gekoppelt werden sollte;
- ein Angebot konsolidierter Datenbanken zur Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse.

Wir haben zu Beginn des Jahres einen wichtigen Schritt hin zu einer umfassenden Umgestaltung der Website des Regionalbüros getan und werden diese Arbeit intensiv fortsetzen.

Die Schaffung positiver, stützender und befähigender Arbeitsbedingungen und einer nachhaltigen Finanzierung des Regionalbüros gehört ebenfalls zu unseren strategischen Prioritäten. Wir haben mehrere Arbeitsgruppen eingesetzt, um die Leistungsfähigkeit des Regionalbüros zu steigern und ihm eine wirksamere Anpassung an die neuen Prioritäten und Arbeitsverfahren zu ermöglichen. Am 1. Juli trat das neue Organigramm in Kraft. Darin wurde die Organisationsstruktur des Regionalbüros verflacht und eine effizientere Arbeitsteilung eingeführt.

Im Juni erfolgte eine organisationsweite Überprüfung unserer fachlichen Arbeit, in der die Führungsebene und die Leiter der Fachprogramme eine Bestandsaufnahme ihrer bisherigen Fortschritte vornahm und dabei Lücken und Engpässe ermittelten und anschließend Vorschläge zum weiteren Vorgehen ausarbeiteten. Die neuen Prioritäten werden nach dem Regionalkomitee in unsere Arbeitspläne integriert.

Um eine nachhaltige Finanzierung der Arbeit des Regionalbüros zu gewährleisten, hielt ich es für besonders dringend, unsere Mittelbeschaffungsverfahren zu stärken. Deshalb wurde eine neue Dienststelle geschaffen, die sich konkret mit Fragen der Haushaltsplanung und der Erschließung von Ressourcen befasst. Diese Arbeit ist im Rahmen der Initiative der Generaldirektorin zur Frage der zukünftigen Finanzierung der WHO angesiedelt.

### **Prioritäten**

Die Prioritäten für unsere Arbeit werden im Zuge der Entwicklung des Konzeptes „Gesundheit 2020“ weiter untersucht. Erlauben Sie mir dennoch, an dieser Stelle die drängendsten Aufgaben für unsere Region hervorzuheben.

Seit meinem Amtsantritt im Februar hat unsere Region eine Reihe von Krisen und gesundheitlichen Notlagen erlebt. Daran wird sich auch in Zukunft nicht ändern, und darauf muss die WHO vorbereitet sein, sowohl in ihrer Arbeit mit den Mitgliedstaaten als auch intern.

- Während des Vulkanausbruchs auf Island haben wir die Lage genau verfolgt und Risikoabschätzungen, Empfehlungen und Hinweise zu den potenziellen Gesundheitsgefahren einer Belastung durch Vulkanasche veröffentlicht.
- Nach den Unruhen in Kirgisistan und den durch ethnisch motivierte Gewalt verursachten Massenvertreibungen wurden Spendenappelle für Kirgisistan und Usbekistan veröffentlicht, und wir haben Hilfe für die Gesundheitsbehörden beider Länder mobilisiert, um ihnen die Erbringung unentbehrlicher Gesundheitsleistungen für die betroffene Bevölkerung zu ermöglichen.
- Nach den schweren Überschwemmungen in Teilen der Republik Moldau im Juli unterstützte die WHO die Bewertung von Schäden und Handlungsbedarf und mobilisierte mit großzügiger Unterstützung der italienischen Regierung die Lieferung unentbehrlicher medizinischer Hilfsgüter und Arzneimittel zur Deckung des medizinischen Bedarfs der betroffenen Bevölkerung.
- Während der Hitzewelle und der Waldbrände in der Russischen Föderation haben wir Lageberichte erstellt und mit Hilfe der großartigen Kompetenz des russischen Ministeriums für Gesundheit und soziale Entwicklung gesundheitspolitische Ratgeber mit zentralen Empfehlungen verbreitet, die täglich auf der Website des Regionalbüros aktualisiert wurden.

Die jüngste Krise, von der wir betroffen waren, war die Überschwemmung der Büroräume des Regionalbüros in Kopenhagen. Am Samstag, dem 14. August, wurden unsere Räumlichkeiten in Kopenhagen nach heftigen Regenfällen überschwemmt. Sämtliche Kellerräume und das Parterre wurden von Schmutzwasser mit einer solchen Wucht überflutet, dass Möbel verrückt und Teile der

Gebäude zerstört wurden. Stromversorgung, Telefonleitungen, die E-Mail-Systeme und Internetverbindung wurden allesamt unterbrochen. Alle in den Kellerräumen gelagerten Gegenstände (darunter Ausrüstung und Unterlagen für das Regionalkomitee, Bücher der Bibliothek und die Druckerei) wurden zerstört. Der unverzüglich eingerichtete Krisenstab arbeitete rund um die Uhr daran, die Räumlichkeiten möglichst schnell wieder zu einem sicheren und sauberen Arbeitsplatz zu machen, an den die Bediensteten zurückkehren konnten. Von Anfang an habe ich die Weisung gegeben, dass dabei die Sicherheit und das Wohlergehen unserer Bediensteten oberste Priorität haben müssten. Wir hatten unglaubliches Glück, dass die Überflutung Samstagabend erfolgte, als sich niemand in den Räumlichkeiten aufhielt, so dass niemand zu Schaden kam.

Ich bin sehr stolz auf die ausgezeichnete Arbeit, die alle Beteiligten rund um die Uhr angesichts dieser außergewöhnlichen Herausforderungen geleistet haben, und möchte den Bediensteten hierfür meinen Dank aussprechen. Danken möchte ich auch dem WHO-Hauptbüro und den anderen Organisationen der Vereinten Nationen in Kopenhagen sowie den dänischen Behörden für ihre große Hilfe und Unterstützung.

Unsere Region ist seit 2002 frei von Poliomyelitis, und wir sind alle fest entschlossen, diesen Status energisch zu verteidigen. Als Antwort auf den Ausbruch von Poliomyelitis (Polio) in Tadschikistan, die auch präventive Maßnahmen in den Nachbarländern erforderte, hat die WHO zusammen mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und anderen Partnern die Regierung schnell und wirksam bei der Durchführung einer Kampagne zur Ergänzungsimpfung unterstützt, deren Zielgruppe 2,7 Mio. Kinder unter 15 Jahren war. Eine fünfte und sechste Impfrunde soll im Laufe der kommenden Monate stattfinden.

Seit dem 4. Juli sind keine weiteren Fälle von akuter schlaffer Lähmung mehr entdeckt worden. Ich habe das Land sofort nach der Meldung der ersten Poliofälle selbst besucht, um gemeinsam mit Gesundheitsminister Salimov eine Gegenstrategie auszuarbeiten und die erste Runde im Rahmen der Impfkampagne einzuleiten. Ich möchte dem Präsidenten und der Regierung Tadschikistans und auch Ihnen, Herr Minister, für Ihre Offenheit, Transparenz und Führungskompetenz bei der Einleitung der geeigneten Sofortmaßnahmen in enger Zusammenarbeit mit der WHO und für die aktive aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit danken, durch die jede Familie und jedes Kind im Land erreicht werden sollte.

Ich habe zusammen mit dem stellvertretenden Regionaldirektor von UNICEF auch Usbekistan besucht, um dort mit Gesundheitsminister Dr. Ikramov die zweite Runde der Impfkampagne einzuleiten. In Usbekistan waren 2,85 Mio. Kinder im Alter von unter fünf Jahren die Zielgruppe für eine zusätzliche Impfkampagne in drei Runden. Die Kampagnen und die Öffentlichkeitsarbeit wurden äußerst professionell durchgeführt. Mein Dank gilt Herrn Dr. Ikramov für seine großartige Führungskompetenz.

Ich möchte aber auch die Gelegenheit nutzen, der Regierung der Russischen Föderation dafür zu danken, dass sie uns während der gesamten Zeit des Ausbruchs so tatkräftig unterstützt hat: durch die schnelle und effiziente Arbeit des Referenzlabors der Europäischen Region für Polio, an das alle Proben zur Analyse geschickt wurden.

Doch trotz all dieser Bemühungen, aber auch dank der Leistungsfähigkeit der Surveillance-Systeme in allen Ländern, wurden auch außerhalb von Tadschikistan eingeschleppte Poliofälle entdeckt, nämlich drei Fälle in Turkmenistan und einige Fälle in der Russischen Föderation, wo unverzüglich Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden.

Was den Polioausbruch und die Gegenmaßnahmen betrifft, so gilt der alte Spruch: „Es ist es erst vorbei, wenn es vorbei ist“. Der Polioausbruch in Tadschikistan und die aus den Nachbarländern gemeldeten Fälle haben der Region vor Augen geführt, wie anfällig sie ist. Sie sind auch ein klares Signal an uns, dass es noch unerledigte Aufgaben gibt, die festen Willen und Entschlossenheit erfordern. Die Region braucht daher starke Gesundheitssysteme sowie eine starke epidemiologische Überwachung, eine hohe Durchimpfung und vollkommene Transparenz und Einhaltung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, um ähnliche Ausbrüche künftig zu verhindern. Um den seit 2002 bestehenden Status der Europäischen Region als poliofrei zu erhalten, sind der vorbehaltlose politische Wille der Länder und deren aktive Führungsrolle von größter Bedeutung. Deshalb freue ich mich auf eine eingehende Diskussion über dieses Thema mit Ihnen und mit Prof. Salisbury, dem Vorsitzenden der Polio-Zertifizierungskommission der Europäischen Region, im weiteren Verlauf unserer Tagung.

Auch bei den anderen übertragbaren Krankheiten haben wir noch einige unerledigte Aufgaben vor uns. Die Zielvorgabe für die Eliminierung der Masern in der Europäischen Region war 2010; leider haben wir sie verfehlt. Einige große Herausforderungen bestehen noch: Ungleichheiten hinsichtlich der Durchimpfung in den Ländern führen zu Ausbrüchen; einige anfällige Bevölkerungsgruppen werden von den Impfprogrammen nicht erreicht; und Gruppen von Impfgegnern sind in vielen Ländern aktiv. Heute sind beinahe eine Million Kinder in der Region nicht vollständig geimpft. Das erneuerte Bekenntnis zur Eliminierung

von Masern und Röteln steht am Donnerstag auf dem Programm: Ich möchte, dass wir als neues Zieldatum für die Eliminierung der Krankheit das Jahr 2015 anpeilen und dieses Ziel mit aller Kraft verfolgen. Es ist zu schaffen!

In diesem Zusammenhang muss ich auch die sehr erfolgreiche Europäische Impfwoche erwähnen, an der sich in diesem Jahr 47 Länder mit einem breiten Spektrum an Aktivitäten beteiligten. Dabei traten viele Partner dem sozialen Online-Netzwerk der Impfwoche bei, das einen interaktiven Dialog in der gesamten Region fördert.

Auf Bitten des WHO-Regionalbüros für Afrika wird sich das Regionalbüro für Europa aktiv an der Planung für die erste Afrikanische Impfwoche beteiligen. Wir beraten auch das WHO-Regionalbüro für den westlichen Pazifikraum im Hinblick auf die Initiierung einer Impfwoche in seiner Region im kommenden Jahr.

Es gibt auch gute Nachrichten: Auf dem Weg zur Eliminierung der Malaria bis zum Jahr 2015 haben wir große Fortschritte erzielt.

Seit 1995 ist die Zahl der gemeldeten Malariafälle erheblich zurückgegangen: von fast 91 000 Fällen (1995) auf nur noch 285 Fälle im Jahr 1999. 2005 waren in unserer Region noch neun Länder betroffen, 2009 sind es nur noch fünf. In Armenien, der Russischen Föderation und Turkmenistan konnte die Übertragung von Malaria unterbrochen werden. In Kasachstan wurden die letzten lokal erworbenen Malariaerkrankungen 2001 gemeldet.

Es ist wahrscheinlich, dass Turkmenistan Ende 2010 und Armenien Ende 2011 als malariefrei zertifiziert wird.

Hier hat sich unsere Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds bewährt, der die Erklärung von Taschkent und die Bemühungen der WHO zur Eliminierung von Malaria in vollem Umfang unterstützt. Diese Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Malariabekämpfung eignet sich auch bestens als Vorbild für andere Bereiche.

Während der Influenzapandemie, die 2009 einsetzte, haben unsere gemeinsamen Anstrengungen Früchte getragen. Alle Länder in der Region haben wirksame Vorsorgemaßnahmen ergriffen, und wir waren aufgrund der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) auch insgesamt besser vorbereitet. Deshalb müssen wir den Aufbau der in den IGV geforderten Kernkapazitäten energisch vorantreiben. Die WHO ist fest entschlossen, Sie dabei tatkräftig zu unterstützen.

Die WHO führt zurzeit durch den IGV-Prüfungsausschuss eine offizielle Bestandsaufnahme durch, in der die weltweiten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie sowie das Funktionieren der Gesundheitsvorschriften geprüft werden. Innerhalb der Europäischen Region hat das Regionalbüro in Partnerschaft mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) konkret sieben Länder überprüft: Armenien, Bosnien und Herzegowina, Dänemark, Deutschland, Portugal, die Schweiz und Usbekistan.

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Handlungsfähigkeit eines Landes in wesentlichem Maße von der Verfügbarkeit gut geschulter Gesundheitsfachkräfte in der primären und sekundären Gesundheitsversorgung, von engen Kontakten zwischen Gesundheitswissenschaftlern und den Fachkräften in den Gesundheitssystemen und von der Abstimmung auf lokaler Ebene abhängig ist.

Eine andere Erkenntnis lautet, dass es wichtig ist, auf verschiedene Szenarien vorbereitet zu sein und einerseits den schlimmsten Fall in Betracht zu ziehen, andererseits aber auch in der Lage zu sein, sich schnell auf eine deutlich günstigere Situation einzustellen. Unsere Bereitschaftspläne müssen sich durch Flexibilität auszeichnen.

Die Pandemie hat uns deutlich vor Augen geführt, wie wichtig und gleichzeitig schwierig Krisenkommunikation sein kann. Aufgabe der Kommunikation, zu der heute auch die sozialen Medien gehören, ist es, die Öffentlichkeit über mögliche bevorstehende Schwierigkeiten zu informieren, sie aber auch auf Veränderungen in Bezug auf die Risikobewertung hinzuweisen und Akzeptanz insbesondere für Impfmaßnahmen zu schaffen.

Nach langen Verhandlungen zwischen dem Regionalbüro und dem EDC im September 2009 haben sich die beiden Organisationen auf eine Lösung geeinigt, durch die die doppelte Meldung von Surveillance-Daten für Influenza vermieden wird. Ich bin sicher, dies ist eine gute Nachricht für Sie.

Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose (MDR- bzw. XDR-Tb) stellen eine umfassende Bedrohung für die öffentliche

Gesundheit in der Europäischen Region dar; deshalb habe ich das Thema zu einer regionalen Priorität erklärt. Von den 27 Hochprävalenzländern, auf die weltweit insgesamt 85% der Fälle von MDR-Tb entfallen, gehören die ersten 15 zur Europäischen Region. Wir sind gegenwärtig dabei, einen umfassenden Aktionsplan zur Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb in der Europäischen Region der WHO für den Zeitraum 2010–2015 auszuarbeiten.

Eine anhaltende Unterstützung durch den Globalen Fonds für alle Länder weltweit, die von MDR- und XDR-Tb betroffen sind, ist dringend notwendig, um dieser globalen Bedrohung entgegenzuwirken.

Eine andere weltweite Bedrohung stellen antimikrobielle Resistenzen (AMR) dar. Deshalb freuen wir uns, hier gemeinsam mit der Generaldirektorin ankündigen zu können, dass antimikrobielle Resistenzen das Thema des nächsten Weltgesundhetstages im Jahr 2011 sein werden. In der Europäischen Region haben wir die Vorbereitungen damit begonnen, dass wir in enger Abstimmung mit unseren Partnern eine Strategie zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen in der Europäischen Region ausgearbeitet haben. Hierbei möchte ich insbesondere der EU und dem ECDC dafür danken, dass sie auf diesem Gebiet so viel bewegt haben. Die Schwerpunktlegung auf AMR kommt gerade zur rechten Zeit angesichts des Auftretens und der Ausbreitung von Resistenzgenen wie NDM-1 (New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase-1) in jüngster Zeit - einer ernsthaften Bedrohung für die öffentliche Gesundheit. Über dieses besonders hartnäckige Gen wurde in der Presse viel berichtet. Daraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit einer international abgestimmten Antwort in Form von Surveillance-Maßnahmen und Forschungsanstrengungen. Sie muss auf starken nationalen Initiativen zur AMR-Surveillance aufbauen, einen vorsichtigen Umgang mit Antibiotika zum Ziel haben und effektive Programme zur Bekämpfung nosokomialer Infektionen vorsehen.

Eine weitere schwerwiegende gesundheitspolitische Herausforderung für unsere Region ist nach wie vor HIV/Aids, dessen Übertragung in vielen Ländern der Region rapide voranschreitet. Osteuropa leidet mittlerweile unter der weltweit am schnellsten zunehmenden HIV-Epidemie und ist die einzige Region, in der die Zahl der jährlich gemeldeten Fälle immer noch steigt. Es gilt nun, die Epidemie im Osten einzudämmen und zurückzudrängen und gleichzeitig ein Wiedererstarken im Westen zu verhindern.

Voraussetzung für die Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zu Prävention bzw. Behandlung und Pflege sind Konzepte, die manchmal im Widerspruch zu bewährten Konzepten und Maßnahmen in den Mitgliedstaaten stehen. Dies ist eine Herausforderung, die zusätzliche Anstrengungen erforderlich macht, um die Politik für evidenzbasierte und menschenrechtskonforme Präventionsmaßnahmen sowie für Schadensbegrenzungsmaßnahmen wie Opioidsubstitutionstherapie für intravenöse Drogenkonsumenten zu gewinnen.

Unter diesen Umständen bedeutet das Aufhalten der Ausbreitung von HIV bis zum Jahr 2015, wie in Millenniums-Entwicklungsziel 6 gefordert, eine erhebliche Herausforderung. Es liegen genügend wissenschaftliche Erkenntnisse vor: jetzt kommt es auf den politischen Willen an! Deshalb wird nun eine regionale Strategie für HIV/Aids ausgearbeitet, die mit der geplanten Globalen Strategie für den Gesundheitssektor 2011–2015 abgestimmt ist.

Die Europäische Region hat ein bedeutendes Ziel erreicht: 2008 erhielten 90% der HIV-positiven Schwangeren in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen eine antiretrovirale Therapie zwecks Prävention der Mutter-Kind-Übertragung. Dies wurde möglich, weil der Aspekt der HIV-Prävention konsequent in die Versorgung von Müttern und Kindern einbezogen wurde.

Ich komme nun zu einem anderen Thema: Der Bereich Umwelt und Gesundheit war stets ein wesentlicher und sehr deutlich sichtbarer Teil unserer Arbeit.

Die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, die im März in Parma stattfand, war einer der Höhepunkte im diesjährigen Kalender unserer Region – und ein Meilenstein im Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa.

Erstens wurden zum ersten Mal messbare und zeitlich eindeutige Zielvorgaben festgelegt, die angestrebt und einer Erfolgskontrolle unterzogen werden können. Zweitens wurde eine neue Führungsstruktur vorgeschlagen, die der Stärkung der Politikumsetzung auf nationaler wie europäischer Ebene dienen. So wird ein Ministerausschuss das politische Gesicht und die treibende Kraft der internationalen Politik in diesem Bereich sein.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa ist seit nunmehr 20 Jahren im Gange. Er ist ein besonders anschauliches Beispiel für eine sektorübergreifende Partnerschaft, und ich bin fest entschlossen, diesen Prozess weiter erfolgreich voranzutreiben und ihn als Modell für andere Politik- und Arbeitsbereiche hochzuhalten.

Drittens möchte ich noch den Klimawandel erwähnen, der ein echtes und besorgniserregendes Phänomen ist, das sich auch in unserem Teil der Welt durch schwere Wetterereignisse eindrucksvoll äußert. Der in Parma angenommene Handlungsrahmen für den Klimaschutz wird unserer kontinuierlichen Arbeit auf diesem Gebiet und unseren Bemühungen um eine umweltverträglichere Gesundheitsversorgung wertvolle Impulse geben und unseren Beitrag zur Verringerung der Treibhausgasemissionen maximieren.

Ein Großteil der Krankheitslast in der Region entfällt auf die nichtübertragbaren Krankheiten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus sind für die Mehrzahl der Todesfälle in unserer Region verantwortlich. So entfallen mindestens 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO auf diese Gruppe von Erkrankungen, die gemeinsame Risikofaktoren, Determinanten und Interventionsmöglichkeiten aufweisen.

Auch wenn die westlichen Länder beträchtliche Fortschritte bei der Senkung der Sterblichkeitsraten infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erzielt haben, so sind diese doch in anderen Teilen der Region, etwa in Zentralasien, rapide auf dem Vormarsch. Zusammen mit Folgeerkrankungen wie Diabetes gefährden sie die Gesundheit und Entwicklung der Bevölkerung; dies gilt vor allem für die einkommensschwachen Schichten, in denen die arbeitende Bevölkerung am stärksten betroffen ist.

Im westlichen Teil der Region stellt Krebs eine der größten Bedrohungen für Gesundheit und Gesundheitssysteme dar. So hat Krebs in mindestens 28 der 53 Länder der Region Herz-Kreislauf-Erkrankungen als häufigste Todesursache abgelöst, was drastische Anpassungsmaßnahmen in den Gesundheitssystemen zur Bewältigung der komplexen Bedürfnisse von Krebspatienten erforderlich macht. Im Zeitraum 2008–2009 hat das WHO-Regionalbüro für Europa mit insgesamt acht Ländern beim Aufbau ihrer nationalen Krebsprogramme zusammengearbeitet und dabei die Elemente Primär- und Sekundärprävention, Palliativversorgung und Forschung einbezogen.

Psychische Gesundheitsprobleme werden manchmal als eine „schleichende Epidemie“ bezeichnet, da Erkrankungen wie Depressionen oder Angstzustände häufig unbemerkt und unbehandelt bleiben, auch wenn Depressionen weltweit zur häufigsten Ursache für Behinderung geworden sind; dagegen entfallen 86% aller Suizide auf die Länder mit niedrigem Einkommen. Der Vormarsch anderer psychischer Störungen wie der Alzheimer-Krankheit ist das Ergebnis der rapiden Bevölkerungsalterung in der gesamten Region. Auch diese Erkrankungen müssen in angemessener Weise bekämpft werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist entschlossen, den Mitgliedstaaten dabei behilflich zu sein, geistige Behinderungen auf die gesundheitspolitische Tagesordnung zu setzen und ihre Behandlung in die primäre Gesundheitsversorgung zu integrieren, ihre gesellschaftliche Stigmatisierung zu bekämpfen und die Rechte von Menschen mit geistigen Behinderungen zu verteidigen.

Diesen todbringenden Krankheiten liegen eine Reihe gemeinsamer Risikofaktoren zugrunde. Zur Beseitigung dieser Risiken sind Prävention, Gesundheitsförderung und starke Gesundheitssysteme gleichermaßen wichtig. Entschlossene Maßnahmen zur Bekämpfung von nur sieben dieser Risikofaktoren – Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte, hoher Blutzuckerspiegel, Übergewicht, Bewegungsmangel, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch – würden die Zahl der um Behinderungen bereinigten Lebensjahre (den sog. DALY-Verlust) in der Europäischen Region insgesamt um fast 60% und in den Ländern mit hohem Einkommen um 45% verringern. Die Determinanten von Gesundheit, und insbesondere Fragen des Lebensstils, werden bereits untersucht, doch in einigen Bereichen sind neuerliche politische Anstrengungen erforderlich.

2006 nahm das Regionalkomitee die Europäische Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten an. Inzwischen haben wir beim Regionalbüro mit der Ausarbeitung eines Aktionsplans zu ihrer Umsetzung begonnen, der dem Regionalkomitee im Jahr 2011 vorgelegt wird. Wir wollen unsere Arbeit auf diesem so wichtigen Gebiet intensivieren.

Angesichts der beträchtlichen Krankheitslast infolge von Alkoholmissbrauch ist eine Alkoholpolitik für die Region dringend erforderlich. Ich bin nicht stolz darauf, dass unsere Region weltweit den höchsten Alkoholkonsum aufweist.

Alkohol ist der zweitwichtigste Risikofaktor in Bezug auf DALY-Verluste in der Europäischen Region insgesamt, in den Ländern mit niedrigem Einkommen sogar der wichtigste. Deshalb beabsichtige ich, einen Umsetzungsplan für die Region ausarbeiten zu lassen, der auf der vor kurzem angenommenen Globalen Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs und auf dem Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region aufbaut. Im Juni haben wir auf Einladung der spanischen Regierung eine Tagung der nationalen Ansprechpersonen organisiert, auf der alle Länder einem solchen Plan zustimmten.

Auf dem Gebiet der Bekämpfung des Tabakkonsums sind in der gesamten Region erhebliche Fortschritte erzielt worden. Einige Länder haben neue Rechtsvorschriften zur Regelung des Tabakkonsums eingeführt oder bestehende Regelungen erweitert und ihre Durchsetzung verbessert. Durch das Inkrafttreten des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

(FCTC) entstand eine Dynamik, die durch konkrete Maßnahmen in den Ländern noch verstärkt wurde. In diesem Jahr begehen wir den fünften Jahrestag der Existenz des Übereinkommens; dazu werden wir am Dienstag während der Mittagspause eine Bestandsaufnahme seiner wichtigsten Erfolge vornehmen.

Einer der Höhepunkte der Kampagne zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs in diesem Jahr war die Verleihung des Sonderpreises der Generaldirektorin zum Weltnichttrauchertag an den türkischen Ministerpräsidenten, der für sein herausragendes Engagement und seine anhaltende Vorreiterrolle auf nationaler und internationaler Ebene gewürdigt wurde. Ich betrachte es als eine Ehre und ein Privileg, dass ich ihm am 19. Juli in Ankara diesen Preis überreichen durfte.

Übergewicht ist eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert, von der alle Länder - wenn auch in unterschiedlichem Maße - betroffen sind. Von den schwerwiegenden Folgen sind insbesondere die niedrigeren sozioökonomischen Schichten betroffen. Im Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung 2007–2012 der WHO werden Ziele und Vorgaben für die Europäische Region in Bezug auf Lebensmittelsicherheit und Ernährung aufgestellt. Mehr als 90% der Mitgliedstaaten der Region verfügen inzwischen über eine nationale Politik auf diesem Gebiet. Das Regionalbüro arbeitet zusammen mit den Mitgliedstaaten darauf hin, die Salzzufuhr zu reduzieren und die Verbraucher aufzuklären, und hat dazu sechs Aktionsnetzwerke ins Leben gerufen. In den vergangenen Wochen haben wir auch Gespräche mit der Nahrungsmittel- und Getränkeindustrie geführt, um uns auf abgestimmte Maßnahmen zur Umsetzung von Konzepten, Leitlinien und Normen der WHO bei der Herstellung von Nahrungsmitteln und Getränken zu einigen. In dieser Zusammenarbeit liegt ein enormes Potenzial, das wir weiter erforschen wollen.

Schließlich, meine Damen und Herren, möchte ich noch auf die Stärkung der Gesundheitssysteme und des Gesundheitswesens zu sprechen kommen, wo das Regionalbüro, wie bereits erwähnt, sein Engagement für die öffentliche Gesundheit erneuern und seine Arbeit auf diesem wichtigen Gebiet wirksamer gestalten wird. Ohne dieses Engagement kann die Region die doppelte Krankheitslast nicht bewältigen, sondern wird einerseits für Infektionskrankheiten verstärkt anfällig und andererseits der Epidemie der nichtübertragbaren Krankheiten machtlos gegenüberstehen. Deshalb werden in Konzepten zur Stärkung der Gesundheitssysteme Verbesserungen im Bereich öffentliche Gesundheit einen hohen Stellenwert erhalten. Auch zur primären Gesundheitsversorgung sowie zu anderen Teilen des Gesundheitssystems werden Verknüpfungen geschaffen.

Das Regionalbüro wird die auf der Konferenz von Tallinn im Jahr 2008 eingegangenen Verpflichtungen auch weiterhin einhalten und die damit verbundenen Resolutionen konsequent umsetzen. Es wird ein besonderes Augenmerk auf die Nutzung von Leistungsmessung zwecks Rechenschaftsablage gegenüber der Öffentlichkeit sowie auf die Anpassung von Konzepten anhand länderspezifischer Erkenntnisse richten. Darüber hinaus hat das Regionalbüro auf die Ersuchen mehrerer Länder um Unterstützung bei ihren Maßnahmenpaketen zur Bewältigung der Finanzkrise (z. B. Armenien, Estland, Lettland) sowie auf neue Anfragen in Bezug auf generelle Unterstützung bei Gesundheitsreformen (Bulgarien, Republik Moldau, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien) reagiert.

Auch in der Länderarbeit nach Maßgabe der Charta von Tallinn sind im Hinblick auf die vollständige Umsetzung einiger Bestimmungen der Charta schon erhebliche Fortschritte erzielt worden. Zu den jüngsten Erfolgen gehören die Gewinnung und Zusammenfassung von Evidenz aus einer sehr heterogenen Region in zentralen Arbeitsbereichen wie der Reformierung der Finanzierung von Gesundheitssystemen, dem Krankenversicherungswesen und der finanziellen Nachhaltigkeit.

Bei der Entwicklung nationaler Konzepte in der Gesundheitspolitik wurden ferner folgende Länder unterstützt: Bosnien und Herzegowina, Finnland, Kirgisistan, Portugal, die Republik Moldau und Tadschikistan.

In Tadschikistan war das WHO-Regionalbüro für Europa bei der Entwicklung und Steuerung eines Prozesses zur Schaffung einer nationalen Gesundheitsstrategie mit einer Vielzahl von Akteuren behilflich; in Kirgisistan konnten bei der Umsetzung der nationalen Gesundheitsstrategie dank der langfristig angelegten fachlichen Hilfe der WHO die vorliegenden Erkenntnisse konsequent zur Politikgestaltung herangezogen werden. In Portugal wurde vor kurzem eine Bewertung des nationalen Gesundheitsplans vorgenommen, die auf jüngsten Anstrengungen bei der Entwicklung der nationalen Gesundheitsstrategie aufbaut. In Litauen und Turkmenistan wurde mit der Arbeit an neuen nationalen Gesundheitsplänen und -strategien begonnen.

Unter dem Dach der GPG, die unter dem Vorsitz der Generaldirektorin steht, und in Übereinstimmung mit den festgelegten Kriterien wurden die folgenden Mitgliedstaaten im Hinblick auf die erste Runde im Kapazitätsaufbau sowie eine intensivere fachliche Betreuung bei der Ausarbeitung nationaler Gesundheitskonzepte, -strategien und Aktionspläne für vorrangig erklärt: Armenien, die Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, die Ukraine und Usbekistan.



Im Bereich Gesundheitsfinanzierung sind spürbare Fortschritte zu verzeichnen. Das Buch über die Umsetzung von Reformen in der Gesundheitsfinanzierung (*Lessons from countries in transition*, dt.: Lehren aus den Ländern im wirtschaftlichen Umbruch) wurde fertiggestellt und wird während dieses Regionalkomitees vorgestellt. Das Regionalbüro war auch an der Erstellung des diesjährigen Weltgesundheitsberichts über die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung beteiligt, der im November in Berlin vorgestellt wird.

Das Regionalbüro hat sich auch innerhalb der Länder sehr aktiv um Unterstützung der Reformen in der Gesundheitsfinanzierung bemüht, u. a. in Bulgarien und der Republik Moldau sowie in den Ländern Zentralasiens.

Im Bereich Gesundheitspersonal stellt der in diesem Jahr von der Weltgesundheitsversammlung einstimmig angenommene Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften einen historischen Schritt nach vorne dar, der sowohl dem Schutz von Wanderarbeitnehmern als auch der Bekämpfung der katastrophalen Personalengpässe im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer dient. Der Verhaltenskodex zeugt vom ausgeprägten politischen Willen der Mitgliedstaaten, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Die Europäische Region hat einen wesentlichen Beitrag zur Ausarbeitung des Verhaltenskodexes geleistet. Wir entwickeln derzeit eine regionale Strategie für die Umsetzung des Kodexes und seiner Grundsätze und werden die Mitgliedstaaten bei seiner Umsetzung fachlich unterstützen.

In den Bereichen Gesundheitstechnologien und Arzneimittel sind erhebliche Anstrengungen unternommen worden: So wurde in der GUS die Qualität von Tuberkulosemedikamenten kontrolliert, in Litauen der Zugang zu Behandlung und Pflege für HIV/Aids-Patienten untersucht und in Deutschland das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterstützt, um seine Arbeit als führende Einrichtung für patientenzentrierte und evidenzbasierte Konzepte für die Befähigung von Patienten wie auch der Allgemeinheit insgesamt zu stärken. Das Regionalbüro hat auch die Länder Südosteuropas bei ihrer Beteiligung am Europäischen Antibiotikatag unterstützt.

Sehr geehrte Damen und Herren Minister, Exzellenzen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren!

Mit ihrer Unterstützung haben wir uns in den vergangenen zwölf Monaten intensiv darum bemüht, Themen aufzugreifen und Chancen für den Schutz der Gesundheit aufzuzeigen, aber es bleibt noch viel zu tun. Alle Beteiligten streben als Ziel mehr Gesundheit für die Europäische Region an. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird auch in Zukunft mit seinen Partnern abgestimmte, evidenzbasierte Maßnahmen durchführen, um die Verwirklichung eines Höchstmaßes an Gesundheit für alle Völker in unserer Region zu gewährleisten.

Abschließend möchte ich nochmals bekräftigen, dass wir uns darüber im Klaren sind, wie wichtig es ist, in dieser vielfältigen und heterogenen Region für jeden einzelnen Mitgliedstaat da zu sein. Ich bin zuversichtlich, dass die in hohem Maße kompetenten und motivierten Mitarbeiter des Regionalbüros mit vollem Einsatz darauf hinarbeiten werden, in der Gesundheitspolitik in Ihrem Land etwas zu bewegen.

Und ich bin sicher, dass wir uns auch in den kommenden Jahren Ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung verdienen werden, indem wir unsere einzigartige Rolle innerhalb der Region wahrnehmen und unseren Grundsätzen treu bleiben.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

## Anhang 5

# Ansprache der Generaldirektorin

Frau Vorsitzende, sehr geehrte Ministerinnen und Minister, sehr geehrte Delegierte, sehr geehrte Frau Jakab, meine Damen und Herren,

Lassen Sie mich zunächst meine besten Wünsche an Ihre Regionaldirektorin Frau Jakab richten, während sich zum ersten Mal unter ihrer Administration ein Regionalkomitee auf den Weg macht.

Die Welt steht heute im Zeichen des Rechenstifts und ist zugleich zerbrechlich. Gesundheitspolitik muss daher intelligent, strategisch und innovativ angelegt sein wie nie zuvor.

Ich begrüße die in Ihren Dokumenten dargestellten Initiativen, die das Regionalbüro bedarfsgerechter in Bezug auf die Erfordernisse der Mitgliedstaaten und die Erwartungen ihrer Bürger machen sollen. Wie dort vermerkt ist, werden manche der bisherigen Lösungsansätze und Denkweisen den komplexen Realitäten der heutigen gesundheitspolitischen Landschaft nicht mehr gerecht.

Die Rahmenbedingungen für Gesundheit in Europa und in der Welt verändern sich. Es tut gut zu sehen, dass ein stärkerer Beitrag der Region zur globalen Gesundheit, auch im Rahmen der Außenpolitik, zu den wichtigsten Prioritäten der Zukunft gehört.

Seit Jahrzehnten schon ist diese Region eine Vorreiterin bei gesundheitspolitischen Entwicklungen und Herausforderungen, die sich am Ende auf die ganze Welt auswirken. So waren Sie Pioniere mit Konzepten und Ansätzen, die heute der öffentlichen Gesundheit überall zugute kommen. Die Charta von Tallinn ist zum Beispiel ein historischer Erfolg, dessen Bedeutung weit über die Region hinausragt.

Die Länder der Europäischen Region gehen auch im Bestreben um eine kohärente globale Gesundheitspolitik voran. Und das ist sinnvoll. In der Welt der öffentlichen Gesundheit zählen Länder aus der Europäischen Region zu den generösesten und, offen gesagt, auch zu den innovativsten und visionärsten Gebern. Diese Führungsrolle wurde besonders auf der hochrangigen Konferenz der Europäischen Union zur globalen Gesundheitspolitik im Juni deutlich. Auf der Suche nach konzeptioneller Kohärenz bekannten sich europäische Länder zur allgemeinen Versorgung und legten besonderes Gewicht auf Kapazitätsaufbau in den Entwicklungsländern als ein Fundament für Nachhaltigkeit, Eigenständigkeit und eine größere Wirksamkeit der Hilfe. Besonders erfreut bin ich über die Bedeutung, die der Stärkung der Gesundheitssysteme beigemessen wird.

Ich habe keinen Zweifel daran, dass die Charta von Tallinn geholfen hat, der Thematik einen so hohen Stellenwert in der Gesundheitspolitik zu verschaffen. Genauso sicher bin ich, dass die Charta als handlungsorientiertes Politikinstrument dieser Arbeit sehr nützen wird.

Die Notwendigkeit einer kohärenten globalen Gesundheitspolitik nimmt angesichts der vielfältigen und schwierigen Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu. Heutzutage müssen Gesundheitsbeamte auch in Politik bewandert sein, wenn sie gute Resultate wollen. Schon immer in der Geschichte der Menschen vorhandene Risiken haben an Bedeutung zugenommen und besitzen für die stark voneinander abhängigen Länder in einer vernetzten Welt ein universelles Störpotenzial.

Die Gesundheitsgefahren werden zusehends in Politikbereichen geschaffen oder vergrößert, die außerhalb des Gesundheitssektors liegen. Viele Ursachen gesundheitlicher Defizite lassen sich nur bei der Wurzel packen, wenn die Verantwortlichen sie und ihre Folgen in einer Sprache beschreiben, welche die Kernanliegen dieser anderen Sektoren anspricht.

Die Bedeutung dieses Vorgehens ist erst vor kurzem ausdrücklich in der Erklärung von Parma zu Umwelt und Gesundheit anerkannt worden. In ihr wird die zunehmend wichtigere Rolle wirtschaftlicher Argumente für die Entwicklung gesunder Konzepte in allen Sektoren anerkannt.

Das Motto „Gesundheit ist Wohlstand“, das sich dieses Regionalkomitee hätte patentieren lassen können, enthält eine wichtige Folgerung. Nicht alleine tragen Investitionen in die Gesundheit zum Wohlstand eines Landes bei. Konzepte, deren Auswirkungen auf die Gesundheit nicht berücksichtigt werden, können teuer zu stehen kommen. Sie können kostspielige Gesundheitsprobleme schaffen oder bestehende verschärfen und damit etwaige Zugewinne für den menschlichen Fortschritt unterm Strich aufheben.

Die Notwendigkeit gesundheitliche Auswirkungen mit in die Gleichung aufzunehmen, besteht auf internationaler wie auf nationaler Ebene. Immer mehr wird Gesundheit unabsichtlich zum Opfer einer in den internationalen Systemen entworfenen Politik, die Länder, Volkswirtschaften, Handel und Außenpolitik stärker miteinander verknüpft. Dies ist eine neue Quelle für Rückschläge im Gesundheitsbereich im 21. Jahrhundert.

Lassen Sie mich dies am Beispiel Lebensmittelpolitik und Diabetes illustrieren.

Die Industrialisierung der Lebensmittelproduktion hat bislang die Ernährung der wachsenden Weltbevölkerung ermöglicht und das ist gut so. Diese Entwicklung hat jedoch im Verein mit der Globalisierung von Vermarktung und Vertrieb der Lebensmittel in jeden Winkel der Welt, auch in die Städte der Entwicklungsländer, Fertiggerichte getragen, die reich an Fett, Zucker und Salz, aber arm an Nährstoffen sind. Solche Lebensmittel tragen natürlich zum Anstieg chronischer Krankheiten bei.

Die Belege häufen sich, dass Adipositas und Typ-2-Diabetes, die stark mit ungesunder Ernährung verknüpft sind, in Asien epidemische Ausmaße erreicht haben, wo die Umstellung der Ernährung außergewöhnlich schnell verlief. Die Menschen in diesem Teil der Welt erkranken in größerer Zahl und in jüngerem Alter an Diabetes als die Menschen in den industrialisierten Ländern und sie sterben leider auch früher. Diabetes ist eine besonders teure Krankheit: teuer für die Gesellschaft, teuer in Bezug auf die Versorgung chronisch Kranker und extrem teuer durch die Krankenhausbehandlung der üblichen Komplikationen.

Einige Ökonomen haben die gestiegene Prävalenz von Adipositas und Diabetes als einen „Nebeneffekt des Fortschritts“ und eine Folge der wirtschaftlichen Entwicklung bezeichnet. Doch möchte ich an dieser Stelle Fragen: Ist das denn Fortschritt? Worin besteht unterm Strich der Gewinn, wenn die wirtschaftliche die gesundheitliche Entwicklung zurückwirft?

Meine Damen und Herren!

Die Welt steht heute im Zeichen des Rechenstifts und ist zugleich zerbrechlich. Die Frist läuft an mehreren Stellen ab. Die Rechnung für vergangene Ausschweifungen wird fällig.

Der aktuelle wirtschaftliche Abschwung betrifft die ganze Welt. Er ist der stärkste, den eine ganze Generation erlebt hat. Und er ist keineswegs vorüber. Er war ein Kind der Habgier und das Ergebnis eines Risikomanagements, das auf jeder Ebene des Finanzsystems versagte.

Der Klimawandel ist der Preis, den wir für eine Politik bezahlen, die das Wirtschaftswachstum über den Schutz einer gesunden Ökologie setzte.

Mehrere globale Krisen an verschiedenen Fronten haben dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts eine andere Gestalt gegeben, nachdem es insbesondere für die öffentliche Gesundheit so vielversprechend begann. Die Millenniums-Entwicklungsziele hatten der internationalen gesundheitlichen Entwicklung starken Auftrieb gegeben. Im vergangenen Jahrzehnt wurden viele globale Gesundheitsinitiativen sowie neue Finanzierungsmechanismen und -instrumente geboren. Die zugesagte offizielle Entwicklungshilfe für Gesundheitszwecke hatte sich mehr als verdreifacht.

Die Ergebnisse sprechen eine deutliche Sprache: Investitionen in die gesundheitliche Entwicklung funktionieren. Endlich kommen wir einem der flüchtigsten Ziele der Gesundheitspolitik näher: einer ausgeweiteten Versorgung mit lebensrettenden Interventionen.

Die Zahl der Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren fiel erstmals seit fast sechs Jahrzehnten unter 10 Millionen und dann noch einmal auf unter 9 Millionen. Im Laufe dieser Woche werden UNICEF und WHO neue Schätzungen vorlegen, wonach diese Zahl der Sterbefälle noch einmal um fast 1 Million fiel.

Die Zahl der Menschen in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Volkseinkommen, die eine antiretrovirale Therapie gegen Aids erhalten, hat sich von unter 200 000 Ende 2002 auf über 5 Millionen heute erhöht; das war vor einem Jahrzehnt noch unvorstellbar.

Die Zahl der neu an Tuberkulose erkrankten Menschen hat ihren Zenit überschritten und geht langsam aber stetig zurück. Erstmals nach Jahrzehnten deuten Daten aus Afrika südlich der Sahara darauf hin, dass sich bei Malaria der Negativtrend umkehren könnte. Die Länder, die eine hohe Versorgung mit den empfohlenen Interventionen erreicht haben, erleben einen Rückgang der Malaria-Todesfälle um mehr als 50%. Die Forschung bezeugt heute auch einen ähnlichen Rückgang in der Gesamtsterblichkeit junger Kinder um 60% und mehr.

Morgen werden WHO, UNFPA, UNICEF und Weltbank gemeinsam neue Schätzungen vorlegen, wonach die Müttersterblichkeit weltweit signifikant gefallen ist; der stärkste Rückgang wird mit ca. 60% in Ostasien und Nordafrika gemeldet.

Der erhebliche Fortschritt auf all diesen Gebieten ist sehr zu begrüßen. Aber der Fortschritt ist auch zerbrechlich und dies aus Gründen, auf die wir keinen Einfluss haben. Das erste Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts mag sehr wohl in die Geschichte eingehen als dasjenige, in dem die Nationen direkt mit den Gefahren konfrontiert wurden, die aus den Interaktionen in einer Welt mit radikal verstärkter gegenseitiger Abhängigkeit entstehen.

Skeptiker, welche die Realität des Klimawandels bezweifeln, täten gut daran, sich die aktuellen Ereignisse in China, Pakistan und hier in der Russischen Föderation genauer anzuschauen. Heftige Regenfälle, Schlammlawinen, Überschwemmungen, Hitzewellen, Dürren, Waldbrände und vernichtete Ernten entsprechen ziemlich genau den Prognosen der Klimafachwelt. Die Wissenschaft hat die Welt wiederholt vor einer Zunahme von Häufigkeit und Intensität des Extremwetters gewarnt und genau das erleben wir jetzt.

Immer mehr werden die Ereignisse als die schlimmsten je in einem Land verzeichneten oder aufgetretenen beschrieben. Die Rekorde werden ein Mal ums andere gebrochen.

Die Belastung ist international zu spüren. Die Vereinten Nationen haben sich um die Einrichtung Notfonds bemüht, der dem Umfang des Leidens und der Verluste in Pakistan und der sehr realen Epidemiegefahr gerecht wird. In der Tat habe ich bis 2 Uhr morgens gearbeitet, um mit New York die Reaktion auf diese Lage zu erörtern. In den Getreidepreisen des Weltmarkts spiegeln sich bereits die Ernteverluste dort und in der Russischen Föderation wider. Russland ist der viertgrößte Weizenexporteur und Pakistan befindet sich unter den ersten zehn. Wir müssen uns auf eine weitere globale Krise durch hohe Lebensmittelpreise einstellen, die arme Haushalte am stärksten treffen wird.

Die künftige Finanzierung der WHO ist auf Ihrer Tagesordnung ebenso wie der Programmhaushaltsentwurf für 2012-2013. Die Länder in dieser Region haben unverhältnismäßig stark unter dem wirtschaftlichen Abschwung gelitten und Ihre Etats werden jetzt genau geprüft.

Geld ist knapp und die Gesundheitspolitik spürt den sich daraus ergebenden Druck bereits. Er ist auf vielen Ebenen festzustellen: bei den nationalen Gesundheitsbudgets, bei den Zusagen für staatliche Entwicklungshilfe und bei den Mitteln für die Arbeit des Globalen Fonds, der GAVI-Allianz und anderer globaler Gesundheitsinitiativen.

Ich kann Ihnen versichern: die wirtschaftliche Perspektive des Sparens trifft auch die WHO. Die Ambitionen des Programmhaushaltsentwurfs müssen vielleicht gemäß den Realitäten der globalen wirtschaftlichen Lage zurückgesteckt werden.

Meine Damen und Herren!

Guter Wille und Entschlossenheit sind beständig. Die Dynamik setzt sich weiter fort, insbesondere bei der Verringerung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Doch wie bereits erwähnt, die Mittel sind knapp.

Initiativen wie der Globale Fonds und die GAVI-Allianz haben viel Gutes bewirkt und werden allgemein als Erfolgsmodelle gepriesen. Sie haben den Grundsatz der ergebnisbasierten Finanzierung eingeführt. Doch trotz ihrer nachweislich hervorragenden Ergebnisse fehlt ihnen jetzt das Geld.

Andere Initiativen haben die Entwicklung neuer Impfstoffe zur Prävention von Lungenentzündung und Durchfallerkrankung, den beiden häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern in den Entwicklungsländern, beschleunigt. Dennoch ist die Einbeziehung dieser lebensrettenden Impfstoffe in die allgemeinen Impfprogramme nun aufgrund knapper Finanzmittel gefährdet. Ebenso durch finanzielle Engpässe bedroht ist die Einführung eines hochwirksamen neuen Konjugatimpfstoffs zur Bekämpfung der Meningitis-Epidemie in Teilen Afrikas.

Was bedeutet es, wenn eine durch Habgier verursachte Finanzkrise noch nicht gefestigte gesundheitlichen den zerbrechlichen gesundheitlichen Zugewinn zunichte macht, der erst durch viel guten Willen und Innovationskraft möglich wurde? Siegen die schlechtesten menschlichen Eigenschaften über die besten? Dies sind Grundsatzfragen, die gestellt werden müssen.

Vor zwei Wochen hat UNAIDS-Exekutivdirektor Michel Sidibe auf einer Konferenz in Australien zum Ausdruck gebracht, dass die Welt gegenüber HIV und Aids abgestumpft sei. Ihre Reaktion – und auch finanzielle Unterstützung – wird nicht mehr einer Realität gerecht, in der sich täglich 7400 Menschen neu infizieren.

Auf dieser Tagung wird darüber geredet werden, dass die Zielvorgabe für 2010 in Bezug auf die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie aller Wahrscheinlichkeit nach verfehlt wird. Obwohl das Ziel aus fachlicher Sicht durchaus realistisch ist, sind die Aussichten auf eine baldige Eliminierung durch die Gleichgültigkeit in Politik und Öffentlichkeit und auch durch unbegründete Bedenken mancher Eltern hinsichtlich der Sicherheit der Impfstoffe gedämpft worden.

Dass die Erfolge auch im Hinblick auf die angestrebte Eradikation von Polio noch auf tönernen Füßen stehen, hat jüngst die Einschleppung des Poliovirus nach Tadschikistan verdeutlicht, die den Status der Europäischen Region als poliofrei gefährdete. Ihre Regionaldirektorin hat Sie über die Lage auf dem Laufenden gehalten.

Wir müssen um die Finanzmittel kämpfen, aber auch gegen Gleichgültigkeit und Ermüdung angehen. In Zeiten knapper Kassen kann es bisweilen zu gefährlichen Modellrechnungen kommen. Wie viele Menschenleben sind zu retten, wie viel Armut kann abgebaut werden, wenn nur eine endliche Menge Geld zur Verfügung steht? Bei der Verlagerung von Prioritäten ist höchste Vorsicht geboten. Die antiretrovirale Therapie ist für Menschen, die mit HIV/Aids leben, wie eine Lebensader. Der einzige ethisch vertretbare Weg zu ihrer Ablösung liegt in einer Strategie zur Prävention von Neuinfektionen.

Aber es gibt noch andere Herausforderungen.

Mit der Ausbreitung neuer Kommunikationstechnologien und sozialer Medien wächst überall die Forderung der Öffentlichkeit nach einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Ein erfreulicher Trend, doch sind die Gesundheitssysteme auch finanziell in der Lage, diese Erwartungen zu erfüllen?

Darüber hinaus sind die Beschlüsse, die sich auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung auswirken, nun einer neuen Form der elektronischen Überwachung unterworfen, bei der sich Einzelne sofort Informationen aus einer Vielzahl verschiedener Quellen beschaffen können. Sie entscheiden selbst, welchen Informationen sie vertrauen und welchen Ratschlägen sie folgen. Sie entwickeln ihre eigene Sachkompetenz. Die Zeit, in der die Gesundheitspolitik auf Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse Empfehlungen abgeben und erwarten kann, dass sich die Öffentlichkeit danach richtet, neigt sich möglicherweise dem Ende zu.

Diese Erfahrung mussten wir mit dem MMR-Impfstoff und auch während der Influenza-Pandemie machen.

Meine Damen und Herren!

Die WHO steht wegen ihrer Reaktion auf die Influenza-Pandemie von 2009 verstärkt in der Kritik. Angesichts der moderaten Folgen der Pandemie halten manche Beobachter im Nachhinein die ergriffenen Gegenmaßnahmen für überzogen. Eine solche kritische Nachlese ist nachvollziehbar und die Überlegungen werden von uns aufgegriffen.

Wir sind dennoch froh, dass die Folgen nur moderat waren. Wäre das H1N1-Virus zu einer gefährlicheren Form mutiert, würden wir jetzt gefragt, warum wir viele Menschen nicht hätten schützen können.

Die Vorbereitung von Gegenmaßnahmen in den Jahren, als wir nervös die Ausbreitung der hochletalen Vogelgrippe durch das H5N1-Virus beobachteten, hat die Welt auf sehr viel schwerwiegendere Ereignisse eingestellt. Eine Rücknahme der Notfallpläne hat sich auch deswegen als schwierig erwiesen, weil niemand einige fundamentale Fragen beantworten konnte: Ist dann die Sicherheit noch gewährleistet? Sind wir uns sicher? Trauen wir uns das?

1999 wurde ein stufenweises Vorgehen beim Pandemie-Alarm als Strategie zum Abbau von Ängsten in der Öffentlichkeit eingeführt, das aber den gegenteiligen Effekt hatte. Es hat in den Augen der Öffentlichkeit und der Medien die einzelnen Phasen dramatisiert, die zum Ausrufen der Pandemie führten. Eine Anpassung der Wahrnehmung an ein wesentlich weniger schwerwiegendes Ereignis hat sich als problematisch erwiesen.

Begrenzte Produktionskapazitäten und lange Herstellungszeiten für Impfstoffe haben eine flexible Reaktion erschwert. Die Bestellungen mussten erfolgen, bevor Daten für eine fundierte Bedarfsprognose verfügbar waren. Zum Beispiel wurden einige Bestellungen ausgehend von der Annahme gemacht, dass zwei Dosen des Impfstoffs erforderlich sein würden. Die Verfahren zur Bereitstellung gespendeter Impfstoffe an Entwicklungsländer erwiesen sich als beschwerlicher und zeitaufwändiger als erwartet. Sie sollten vielleicht erfahren, dass der Einsatz der Impfstoffe 83 Ländern zugute kommt, die sonst keine Impfstoffe gehabt hätten. Ich danke dafür vielen Ländern und auch Partnern aus Ihrer Region.

Viele Dinge hätten besser gemacht werden können. Ich verlasse mich auf die Ergebnisse des Prüfungsausschusses, der im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften eingerichtet wurde, um der WHO zu den erforderlichen Änderungen zu raten.

Ich möchte den Ergebnissen der Prüfung nicht vorgreifen, die sehr gründlich und mit großem Ernst durchgeführt wird. Aber wenigstens auf eine drängende Frage kann ich antworten: Wurde die WHO aufgrund ihrer Verbindungen zur Pharmaindustrie beeinflusst?

Ich wurde selbstverständlich stark in die Gespräche einbezogen, die zur Verkündung der geänderten Phasen durch die WHO führten. Ich kann Ihnen versichern: Zu keinem Zeitpunkt habe ich auch nur das geringste Anzeichen dafür gesehen, dass Interessen der Pharmaindustrie und nicht die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung die Entscheidungen oder Ratschläge der Sachverständigen an die WHO beeinflusst hätten. Zu keinem Zeitpunkt habe ich auch nur das geringste Anzeichen dafür gesehen, dass das Profitstreben einer Branche und nicht die epidemiologische und virologische Datenlage die Entscheidungen der WHO beeinflusst hätte.

Ich werde in diesem Monat noch Gelegenheit haben, meine Ansichten und alle öffentlichen wie vertraulichen Aufzeichnungen über die Erörterungen und Entscheidungen der WHO dem Prüfungsausschuss vorzulegen. Wir haben alles akribisch festgehalten. Wie ich schon sagte, begrüßen wir die Untersuchung als Chance zur Verbesserung. Die Influenza-Pandemie im Jahr 2009 wird nicht die letzte Notlage sein, in der im Interesse der öffentlichen Gesundheit internationale Gegenmaßnahmen erforderlich werden.

Meine Damen und Herren!

Wie gesagt, muss Gesundheitspolitik heute so intelligent, strategisch und innovativ angelegt sein wie nie zuvor.

Intelligent bedeutet, wirtschaftliche Argumente für Investitionen in die Gesundheit zu nutzen, wie Sie dies in der Europäischen Region tun. Zwar ist das Grundrecht auf Gesundheit in der Satzung der WHO verbrieft, doch wird wirtschaftlichen Argumenten in Zeiten des Sparens größeres Gewicht beigemessen.

Strategisch bedeutet, Prioritäten und Konzepte richtig festzulegen. Eine Ebene des strategischen Engagements ist das, was die internationale Gemeinschaft im vergangenen Jahrzehnt getan hat: lebensrettende Maßnahmen in großem Stil zu erbringen. Ich bedanke mich bei den Ländern dieser Region für ihre finanzielle Unterstützung dieser Bemühungen und für die innovativen Initiativen, die sie auf den Weg gebracht haben.

Zu einem strategischeren Engagement gehört auch die Stärkung fundamentaler Kapazitäten und Infrastrukturen etwa in den Bereichen Beschaffung und Lieferung, Gesundheitspersonal, Informationssysteme, Finanzierung und Regulierung. Hier ist das Engagement der Europäischen Region und der Europäischen Union besonders willkommen.

Die höchste Ebene des strategischen Engagements liegt in den konzeptionellen Rahmenbedingungen, die von allen relevanten Sektoren geformt werden. So sollen Möglichkeiten und Bedingungen geschaffen werden, die eine bessere Gesundheit begünstigen und schon die Ursachen von Krankheit in Angriff nehmen. Auf diesem Gebiet haben Gesundheitsministerien in der Europäischen Region zum Teil großartige Pionierarbeit geleistet, lange bevor die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit ihren Bericht herausgab. Wie Dr. Jo Asvall gerne auf seine charakteristisch griffige Art sagte: Die Schaffung solcher Rahmenbedingungen macht die Entscheidung für die Gesundheit zur einfachen Entscheidung.

Innovativ bedeutet, neue Wege zur Finanzierung der Gesundheitsentwicklung finden, aber auch Verschwendung und Unwirtschaftlichkeit beenden.

Finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme ist als eine der sieben wichtigsten Herausforderungen für die ganze Region genannt. Auch hier sind die Erfahrungen der Europäischen Region deckungsgleich mit denen der Welt. Auch

wenn sehr unterschiedliche Mittel für Investitionen in die Gesundheit zur Verfügung stehen, so ähneln sich die wichtigsten gesundheitspolitischen Probleme der wohlhabenden und sich entwickelnden Länder auf bemerkenswerte Weise immer mehr. Überall auf der Welt leben die Menschen länger und werden Technologien, die das Leben verlängern und seine Qualität steigern immer kostspieliger.

Der Weltgesundheitsbericht des Jahres über die Finanzierung von Gesundheitssystemen bietet eine Auswahl an Möglichkeiten zur Beschaffung hinreichender Mittel und zur Beseitigung von Zugangsbarrieren, insbesondere für arme Menschen. Der Nachdruck liegt eindeutig darauf, eine allgemeine Versorgung zu erreichen.

In einer zentralen These gelangt der Bericht zu der Einschätzung, dass 20 bis 40 % aller Gesundheitsausgaben derzeit durch Ineffizienz verschwendet werden. Er deutet auf zehn konkrete Gebiete, wo bessere Konzepte und Praktiken die Durchschlagskraft der Gesundheitsausgaben zum Teil drastisch erhöhen könnten. In Zeiten der Austeritätspolitik ist die Beendigung von Verschwendung und Unwirtschaftlichkeit eine erheblich bessere Option, als Einschnitte in Gesundheitsbudgets.

Der Bericht wird im November in Berlin vorgestellt. Ich hoffe, er kann Hand in Hand mit der Charta von Tallinn dabei helfen, die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in dieser Region und andernorts zu erhöhen.

Ich danke Ihnen.

## Das WHO-Regionalbüro für Europa

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

### Mitgliedstaaten

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

### Weltgesundheitsorganisation

#### Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8

DK-2100 Kopenhagen Ø

Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17

Fax: +45 39 17 18 18

E-Mail: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)