



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Bericht über die 65. Tagung
des WHO-Regionalkomitees für Europa**

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015

Schlüsselwörter

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

EUR/RC65/REP

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
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 2015

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.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung	1
Wahl der Tagungsleitung.....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Ansprache der Präsidentin der Republik Litauen.....	1
Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit, der Kronprinzessin von Dänemark	2
Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa	2
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO	9
Reform der WHO: Fortschritte und Folgen für die Europäische Region	11
Rechenschaftslegung und Regelkonformität	13
Überblick über die globale Reform der Führungsstrukturen	15
Die Reaktion der WHO auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen	16
Ansprache der Generaldirektorin der WHO.....	17
Auszeichnung zum Weltnichtrauchertag	19
Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa.....	20
Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz.....	21
Gesundheit 2020: Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO	23
Soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitskompetenz: Verknüpfungen und Kohärenz zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik und die Rolle von Gesundheit in der nachhaltigen Entwicklung und in der Außenpolitik.....	27
Podiumsdiskussion.....	27
Allgemeine Aussprache über ressortübergreifende Zusammenarbeit, den Beschluss und die Podiumsdiskussion.....	30
Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)	32
Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen	34
Wahlen und Nominierungen	38
Exekutivrat.....	38
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees	38
Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit	38
Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe	38
Abschlussbericht über die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) und Prüfung des Entwurfs des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020).....	43

Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region	47
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben	49
Globale Strategien des Gesundheitswesens zur Bekämpfung von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen	50
Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und die Bewertung und Überwachung der Kernkapazitäten.....	51
Globale Strategien für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung und für die Ausbildung von Gesundheitspersonal	54
Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	55
Fortschrittsberichte.....	58
Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten.....	58
Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf.....	58
Kategorie 4: Gesundheitssysteme	58
Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen	59
Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa.....	59
Abschluss der Tagung	60
Resolutionen und Beschlüsse	61
EUR/RC65/R1. Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2014–2015	61
EUR/RC65/R2. Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa	61
EUR/RC65/R3. Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025).....	65
EUR/RC65/R4. Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025).....	67
EUR/RC65/R5. Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe.....	69
EUR/RC65/R6. Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016– 2020)	72
EUR/RC65/R7. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees für Europa in den Jahren 2016 bis 2019.....	74
EUR/RC65(1). Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit als Frage politischen Willens	75
Anhang 1: Tagesordnung	76
Anhang 2: Liste der Dokumente	79
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer	82
Anhang 4. Ansprache der Regionaldirektorin.....	116
Anhang 5. Ansprache der Generaldirektorin.....	130

Abkürzungen

EHP	Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa
EU	Europäische Union
FCTC	Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
MDR/XDR-Tb	Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose
MZ	Millenniums-Entwicklungsziele
PB	Programmhaushalt
Polio	Poliomyelitis
SCRC	Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees
SEEHN	Südosteuropäisches Gesundheitsnetzwerk
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids
UNEP	Umweltprogramm der Vereinten Nationen
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

Eröffnung der Tagung

Die 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 14. bis 17. September 2015 im Kongresszentrum LITEXPO in Vilnius (Litauen) statt. An der Tagung nahmen Delegierte aus insgesamt 53 Ländern der Europäischen Region teil. Weiterhin vertreten waren die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), die Internationale Atomenergie-Organisation (IAEA), das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und die Europäische Union (EU) sowie eine Reihe nichtstaatlicher Organisationen.

Die erste Sitzung wurde von Dr. Raymond Busuttil (Malta), dem scheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet.

Wahl der Tagungsleitung

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

Rimantė Šalaševičiūtė (Litauen)	Präsidentin
Taru Koivisto (Finnland)	Stellvertretende Präsidentin
Prof. Benoît Vallet (Frankreich)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Dr. Mario Miklosi (Slowakei)	Berichterstatter

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC65/2 Rev.2 und EUR/RC65/3 Rev.2)

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

Das Regionalkomitee lud die Delegation der EU für die Zeit seiner 65. Tagung zur Teilnahme ohne Stimmrecht an Zusammenkünften aller Unterausschüsse, Redaktionsgruppen und sonstigen Abordnungen ein, die Themen im Zuständigkeitsbereich der EU behandeln.

Ansprache der Präsidentin der Republik Litauen

Die Teilnehmer wurden von Dalia Grybauskaitė, Präsidentin der Republik Litauen, begrüßt. Sie erklärte, die neuen Herausforderungen für die Europäische Region könnten durch eine auf ein einheitliches Ziel ausgerichtete Zusammenarbeit überwunden werden: gesunde Menschen. Die wichtigsten Themen auf der Tagesordnung hätten einen direkten Bezug zur Lebensqualität und zum gesellschaftlichen Fortschritt. Die Aufforderung der WHO an die Bürger, einen gesunden Lebensstil anzunehmen, wie sie durch die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) zum Ausdruck komme, und ihr Appell an die Politik, die Gesundheitssysteme an die Anforderungen der Gesellschaft anzupassen, seien sehr zu begrüßen.

Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit, der Kronprinzessin von Dänemark

Ihre Königliche Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark, die Schirmherrin des WHO-Regionalbüros für Europa, erklärte in ihrer Ansprache, Gesundheit und Entwicklung seien untrennbar miteinander verbunden, und eine gute Gesundheit sei sowohl das Ergebnis des Abbaus von Armut als auch eine Voraussetzung dafür. Fortschritte in allen anderen Bereichen der Entwicklung ließen sich daran ermessen, wie gleichmäßig Gesundheit verteilt sei. Gesundheit sei ein Gradmesser für eine nachhaltige Entwicklung. Hier sei inzwischen ein Paradigmenwechsel im Gange – hin zu einer Welt, in der die Menschen ihre Gesundheit aktiv fördern und aufrechterhalten, anstatt lediglich Krankheit zu verhindern oder zu behandeln. Das Regionalkomitee sei ein ideales Forum, um einen Blick in die Zukunft zu werfen und über neue Arbeitsmethoden zu diskutieren – insbesondere über ressortübergreifende Maßnahmen, das zentrale Thema der aktuellen Tagung, durch das Gesundheit zu einer politischen Grundsatzentscheidung und einer gemeinsamen Verantwortung werde.

Sie fügte hinzu, in den vergangenen 50 Jahren hätten Impfstoffe Millionen Menschenleben gerettet und so die Gesundheitssysteme wie auch die Gesellschaft erheblich entlastet. Doch trotz dieser erfreulichen Entwicklungen gebe es nach wie vor Impflücken. Die Bestätigung von Poliofällen in der Ukraine in jüngster Zeit und das Wiederauftreten der Krankheit 2010 in Tadschikistan, aber auch die endemische Übertragung der Masern hätten unterstrichen, wie wichtig die Aufrechterhaltung hoher Impfraten und einer hohen Durchimpfung der Bevölkerung, aber auch leistungsfähige Surveillance-Systeme seien. Durch ein anhaltendes Engagement der Politik und die Umsetzung der erforderlichen Strategien durch alle Länder könnten die Masern und Röteln in der Europäischen Region eliminiert werden.

Ein weiterer zentraler Themenkomplex der nachhaltigen Entwicklung sei die Gesundheit von Frauen und Mädchen. Trotz erheblicher Fortschritte bestünden aber Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern fort, und es müsse weit mehr dafür getan werden, die globale Epidemie häuslicher Gewalt gegen Frauen wirksam zu bekämpfen. Im Mai 2016 werde in Kopenhagen die Vierte Globale Konferenz von Women Deliver stattfinden, einer Organisation, für die sie die Schirmherrschaft übernommen habe. Diese Veranstaltung werde als eine der ersten großen internationalen Konferenzen nach der Verabschiedung der Agenda für eine nachhaltige Entwicklung bis 2030 eine optimale Gelegenheit bieten, um deren Umsetzung sowie die Verwirklichung der gemeinsamen gesundheitlichen Ziele zu beschleunigen.

Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa

(EUR/RC65/5 Rev.1, EUR/RC65/R.1, EUR/RC65/Inf.Doc./2)

Die Regionaldirektorin sagte, das Regionalbüro habe seine Arbeit unter dem Motto: „Mehr Gesundheit für Europa: mehr Chancengleichheit und Nachhaltigkeit“ fortgesetzt. Im vergangenen Jahr hätten sich neue Herausforderungen gestellt, unter anderem durch Ebola, durch tödlich verlaufende Erkrankungen von Kindern an Masern und Diphtherie, durch Poliomyelitisfälle in der Europäischen Region und durch den massiven Zustrom von Flüchtlingen und Migranten. Die Europäische Region habe in Bezug auf die zentralen Indikatoren für „Gesundheit 2020“ gute Fortschritte erzielt, und die Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Lebenserwartung und der gesundheitlichen Resultate verringerten sich; dennoch betrage der Abstand zwischen den Ländern der Region mit der

höchsten und jenen mit der niedrigsten Lebenserwartung immer noch elf Jahre. Auch die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen sei in der Region zurückgegangen und es seien Fortschritte in der Eindämmung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen erzielt worden. Allerdings werde in Europa immer noch mehr geraucht und getrunken als in anderen Teilen der Welt und hinsichtlich Adipositas zähle die Region zu den am stärksten belasteten. Dies sei ein Beleg dafür, dass „Gesundheit 2020“ funktioniere, doch seien noch immer zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen.

Die Zahl der Länder mit einer auf „Gesundheit 2020“ ausgerichteten Gesundheitspolitik habe sich zwischen 2010 und 2013 fast verdoppelt und immer mehr Entscheidungsträger betrieben eine kohärente und integrierte Politik, die stark ressort- und bereichsübergreifend ausgerichtet sei. „Gesundheit 2020“ fördere einen vernunftbetonten politischen Entscheidungsprozess zum Nutzen der Gesundheit und die zentrale Stoßrichtung sei relevanter denn je. Derzeit werde nicht genug in die öffentliche Gesundheit investiert, obwohl es überzeugende wirtschaftliche Argumente für derartige Investitionen gebe. Sie würden nicht nur zu mehr Gesundheit führen, sondern seien auch in ökonomischer, sozialer und ökologischer Hinsicht lohnend. Der Gesundheitssektor müsse diesen Nutzen betonen und die Regierungen dazu auffordern, in Gesundheit zu investieren. Er müsse auch mit anderen Sektoren und insbesondere dem Sozial- und Finanzressort partnerschaftlich zusammenarbeiten.

Gesundheit sei eine Grundbedingung für Entwicklung und Armutsbekämpfung und sowohl Maßeinheit als auch Ergebnis der Fortschritte hin zu einer nachhaltigen Gesellschaft. Im Rahmen der Vereinten Nationen würden die Staats- und Regierungschefs der Welt demnächst zusammenkommen und die Ziele für eine nachhaltige Entwicklung festlegen, wonach Armut bis 2030 abgeschafft werden solle. Das Gesundheitsziel nehme unter den insgesamt 17 Zielen für eine nachhaltige Entwicklung eine zentrale Stellung ein und stehe vollkommen im Einklang mit „Gesundheit 2020“. Allerdings wirkten sich sämtliche Ziele für eine nachhaltige Entwicklung auf die Gesundheit aus, weil alle die Determinanten von Gesundheit beträfen. Wer sich auf das Gesundheitsziel beschränke, versäume daher eine Gelegenheit, den gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu verwirklichen, zu dem sich die Mitgliedstaaten durch „Gesundheit 2020“ bekannt hätten. Das Regionalbüro werde die Mitgliedstaaten darin unterstützen, die neue Entwicklungsagenda mit einem zentralen Platz für die Gesundheit in ihre nationalen Pläne zu übertragen.

Ressort- und bereichsübergreifendes Handeln, das Leitthema der Tagung, sei unerlässlich für die konzeptionelle Kohärenz und bilde die Grundlage für Rechenschaft im Bereich Gesundheit. Die Region sei reich an Erfahrungen mit bereichsübergreifenden Maßnahmen, etwa durch den gut strukturierten Prozess Umwelt und Gesundheit, der Verknüpfungen zur nationalen Umsetzung schaffe. Bereichsübergreifende Arbeit werde nun auch in den Bereichen soziale Determinanten von Gesundheit, Außenpolitik und Entwicklungszusammenarbeit eingeleitet. Sie hoffe in der Podiumsdiskussion zur Förderung sektor- und institutionsübergreifender Maßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden mehr von den entsprechenden Erfahrungen der Mitgliedstaaten zu hören.

Um einen Wandel im Denken und den Kapazitätsaufbau in den Gesundheitsministerien zu fördern, der zur Übernahme der Führungsrolle in ressort- und bereichsübergreifenden Prozessen erforderlich sei, unterstütze das Regionalbüro die Schaffung entsprechender Ausschüsse in den Ländern und habe eine Reihe thematischer Grundsatzpapiere erarbeitet. Konsultationen in der Europäischen Region förderten ebenfalls die bereichsübergreifende Arbeit, weil sie Dialog, Erfahrungsaustausch und gemeinsame Maßnahmen der Länder,

Institutionen und Sektoren ermöglichten. Anfangs solle der Schwerpunkt auf Bildung, Finanzen und Soziales gelegt werden, damit den sozialen Determinanten von Gesundheit und der Gesundheitskompetenz mehr Aufmerksamkeit zuteil werde.

Das Regionalbüro habe intensiv an der Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitskonzepte gemäß „Gesundheit 2020“ gearbeitet. Einige Netzwerke hätten sich hierbei zu einflussreichen Foren für den Austausch praktischer Erfahrungen entwickelt, was sich an den Erfolgen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) und der Initiative kleiner Länder zeige. Die Netzwerke „Gesunde Städte“ und „Regionen für Gesundheit“ seien für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf subnationaler Ebene und beim Erfahrungsaustausch hilfreich.

Die Europäische Region habe in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten viele Fortschritte erzielt. Man sei zuversichtlich, Malaria bis Ende 2015 eliminieren zu können, denn 2015 seien noch keine örtlich erworbenen Fälle aufgetreten, doch sei weiterhin Wachsamkeit erforderlich, damit eine Wiedereinschleppung verhindert werde. Es habe signifikante Fortschritte im Kampf gegen die Tuberkulose gegeben: In Europa sei die Inzidenz der Tuberkulose stärker zurückgegangen als in jeder anderen Region der WHO, doch seien weitere Anstrengungen nötig, damit die Epidemie bis 2035 beendet und Tuberkulose bis 2050 eliminiert werden könne. Man erwarte, durch den vorgeschlagenen Aktionsplan gegen Tuberkulose Millionen von Menschen schützen oder heilen und drei Millionen Menschenleben retten zu können.

Weniger erfolgreich sei der Kampf gegen HIV/Aids verlaufen, denn die Zahl der Neuinfektionen habe sich von 2004 bis 2014 um niederschmetternde 80% erhöht, was zu einer alarmierenden Lage geführt habe, die konzertierte Maßnahmen und die Umsetzung evidenzbasierter Konzepte erforderlich mache, damit die Region Kurs halten und die Epidemie bis 2030 beenden könne. Gegen virale Hepatitis werde zu wenig vorgegangen, so dass täglich ca. 400 Todesfälle verzeichnet werden müssten. Es gebe zwar Therapien gegen Hepatitis B und C, doch seien diese für die meisten Länder unbezahlbar. Die Europäische Region müsse daher einen umfassenden Ansatz verfolgen, verfügbare Instrumente nutzen und sich auf die Präventionsarbeit konzentrieren.

Durch Impfung vermeidbare Krankheiten belasteten weiter die Region. Die Rückkehr der Poliomyelitis erinnere uns eindringlich daran, wie wichtig die Aufrechterhaltung von hohen Durchimpfungsraten und epidemiologischer Überwachung seien. Die Mitgliedstaaten hätten sich zur Eliminierung von Masern und Röteln bis 2015 bekannt und viele befänden sich auf gutem Weg, doch erschwere die fehlende politische Entschlossenheit einiger Länder das Erreichen dieses Ziels für die gesamte Region. Sie bat die Mitgliedstaaten eindringlich, ihrem Bekenntnis zum Europäischen Impfkaktionsplan zur Eliminierung der Masern und Röteln (2015–2020) Taten folgen zu lassen.

Die Umsetzung des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie die Verringerung vermeidbarer Todesfälle aufgrund solcher Erkrankungen zeigten signifikante Fortschritte. Die Abnahme des Risikoverhaltens, hierunter Alkohol- und Tabakkonsum, habe zu diesen Rückgängen geführt, doch sei Europa immer noch die Region mit dem höchsten Anteil rauchender Erwachsener und es müsse mehr gegen den unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen unternommen werden. Sie gratulierte den Ländern, die dem entsprechenden Protokoll zum Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beigetreten seien und forderte die übrigen auf, diesem Beispiel zu folgen. Das Regionalkomitee

werde sowohl den vorgeschlagenen Fahrplan zur Eindämmung des Tabakgebrauchs erörtern, mit dem ein ehrgeiziges Ziel für die vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens gesteckt werden solle, als auch die Strategie für körperliche Betätigung, die den im vergangenen Jahr angenommenen Aktionsplan Nahrung und Ernährung ergänzen solle. Sie verwies auf das vom Regionalbüro erarbeitete Bündel aus 15 wesentlichen Maßnahmen zur Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten und forderte die Mitgliedstaaten auf, der Handhabung nichtübertragbarer Krankheiten größere Aufmerksamkeit zu schenken und zugleich ihre Programme zur Früherkennung und Vorsorgeuntersuchung zu überprüfen. Einige Mitgliedstaaten hätten sich besorgt über die Vernachlässigung und Misshandlung Erwachsener mit geistigen Behinderungen in Heimen gezeigt und sie habe eine Prüfung der Thematik eingeleitet und werde Vorschläge zum weiteren Vorgehen unterbreiten.

Fortschritte seien hinsichtlich der Gesundheit von Frauen gemacht worden, doch bestünden in und zwischen den Ländern manche Ungleichgewichte hartnäckig fort. Eine wirksame Perinatalversorgung habe die Müttersterblichkeit reduziert, doch nun sei es an der Zeit, sich um vorausgehende Erkrankungen zu kümmern, etwa Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Verlauf sich durch eine Schwangerschaft verschlechtern könne. Mehr müsse auch hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der damit verbundenen Rechte getan werden. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020, die am 21. und 22. Oktober in Minsk (Belarus) stattfinden wird, verknüpft als erste ihrer Art die Ziele für eine nachhaltige Entwicklung mit dem Rahmenkonzept und wird hauptsächlich die Gesundheit von Müttern und Kindern sowie reproduktive Gesundheit und damit verbundene Rechte behandeln.

Die Arbeit der Region zur Stärkung der Gesundheitssysteme und der Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit orientiere sich an der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand und strebe bessere gesundheitliche Ergebnisse, finanziellen Schutz, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit an. Die Umgestaltung der Gesundheitsdienste gemäß den Bedürfnissen des 21. Jahrhunderts werde eine wichtige strategische Ausrichtung der neuen Vision für die Stärkung der Gesundheitssysteme in den kommenden fünf Jahren sein. Eine koordinierte und integrierte Gesundheitsversorgung mit dem Menschen im Zentrum sei das Ziel. Das Regionalbüro bereite hierzu einen handlungsorientierten Rahmen vor, der dem Regionalkomitee auf seiner 66. Tagung 2016 vorgelegt werden solle. Es unterstütze die Länder darin, schneller das Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Gemeinsame Investitionen in Gesundheitsinformationen, Erkenntnisse und Forschungsergebnisse als Grundlage der Politikgestaltung zahlten sich aus. Im Rahmen der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative sei die Arbeit zur Generierung von Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden und insbesondere die Definition der Indikatoren fortgesetzt worden. Die Website des Regionalbüros enthalte nun ein neues Internetportal für Gesundheitsinformationen, das in großem Umfang von Politikgestaltern genutzt werde und schon bald die simultane Analyse von Indikatoren aus allen Datenbanken ermögliche. Mehrere Netzwerke für Gesundheitsinformationen erweiterten die Fähigkeit der Länder, Erkenntnisse zusammen zu tragen und für ihre Politikgestaltung zu nutzen.

Die Regionaldirektorin und das Regionalbüro stünden weiter entschlossen hinter der Reform der WHO und insbesondere, im Rückblick auf den Ebola-Ausbruch, der Reform der Arbeitsabläufe im Fall von Krankheitsausbrüchen sowie Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Konsequenzen. Das Regionalbüro verfolge einen integrierten, generischen und alle Gefahren berücksichtigenden ressortübergreifenden Ansatz zur Vorsorge gegen

gesundheitliche und humanitäre Notlagen. Risikokommunikation sei ein integraler Bestandteil dieses Ansatzes. Das Regionalbüro habe seine eigenen Notfallverfahren überprüft und eine neue Initiative auf den Weg gebracht, welche die Kapazitäten der Labore zur Reaktion auf Krankheitsausbrüche verbessern und damit eine wichtige Komponente der Kernkapazitäten gemäß Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) unterstützen solle.

Mit dem wachsenden Zustrom von Flüchtlingen und Migranten in viele Länder der Europäischen Region nehme das Thema Migration und Gesundheit an Bedeutung zu. Die Länder sollten gesundheitspolitische Konzepte umsetzen, die den Migranten Zugang zu einem breiten Spektrum von Gesundheitsleistungen wie Prävention und Betreuung geben und auch den eigenen Bürgern nützen würden. Die weit verbreitete Auffassung, es gebe einen Zusammenhang zwischen Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten, sei nicht durch Fakten belegt. Sie habe auf der Website des Regionalbüros eine entsprechende Erklärung veröffentlicht und das Regionalbüro unterstütze bereits die Länder in der Weiterentwicklung ihrer Konzepte für Migration und Gesundheit.

Die WHO habe die Führung im Gesundheitsbereich, was die Reaktion auf die kriegerischen Auseinandersetzungen in der Arabischen Republik Syrien und die humanitäre Krise in der Ukraine betreffe. Sie bewerte die gesundheitlichen Bedürfnisse und ermögliche humanitäre Hilfe für bedürftige Bevölkerungsgruppen.

Das Regionalbüro habe mit allen Mitgliedstaaten zusammengearbeitet und seine Unterstützung auf ihre Prioritäten, Bedürfnisse und Gegebenheiten zugeschnitten. Diese Bemühungen seien 2015 durch die Schaffung neuer ausgelagerter Fachzentren verstärkt und durch ein Netz nationaler Ansprechpersonen unterstützt worden, was die Übermittlung von Wissen und Information erleichtere. Die Länderbüros seien durch die Erweiterung von Zuständigkeit und Verantwortung gestärkt worden. Auch die Partnerschaften mit Organisationen der Zivilgesellschaft seien ausgebaut worden. Die Europäische Region sei weiter solide finanziert und verfüge über mehr flexible Mittel, die strategisch eingesetzt würden. Der Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region sei weiterhin deren wichtigstes Rechenschaftsinstrument. Das Regionalbüro werde sich weiter gemeinsam mit den Mitgliedstaaten und Partnern für mehr Gesundheit für alle unter Wahrung von Chancengleichheit und Sicherung der Nachhaltigkeit einsetzen.

In der anschließenden Aussprache begrüßten die Delegierten den Bericht der Regionaldirektorin und lobten ihre Führungskompetenz sowie die Arbeit zur Inangriffnahme der Prioritäten der Europäischen Region und zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden. Breite Unterstützung fand auch die Wahl der ressort- und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit für mehr Gesundheit als zentralem Thema der Tagung.

Ein Delegierter begrüßte im Namen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten den Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn und hob die Notwendigkeit hervor, sich die neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung – und namentlich ihre 13 gesundheitsbezogenen Zielvorgaben – voll und ganz zu eigen zu machen und bei der Antwort auf die Gesundheitsfragen, die sich aus dem massiven Zustrom von Migranten und Flüchtlingen in die Länder der Europäischen Region ergäben, eine Zusammenarbeit zwischen allen maßgeblichen Akteuren voranzutreiben. Er unterstrich die Bedeutung der Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Es würden anhaltende Anstrengungen benötigt, um die HIV-

Epidemie einzudämmen und um Tuberkulose und Hepatitis zu eliminieren. Im Bereich des Impfwesens sei ein verstärktes Engagement erforderlich, namentlich durch Umsetzung des Europäischen Impfkaktionsplans (2015–2020). Der globale Aktionsplan der WHO gegen antimikrobielle Resistenzen solle unter Schwerpunktlegung auf einen einheitlichen Gesundheitsansatz („One Health“) umgesetzt werden. Die Bilanz der Handlungsstrukturen der WHO bei gesundheitlichen Notlagen wie dem Ebola-Ausbruch habe zusätzlich die Notwendigkeit verdeutlicht, die globale Gesundheitssicherheit durch Investitionen in die Bereitschaftsplanung und Verknüpfungen mit der Stärkung der Gesundheitssysteme sowie durch eine beschleunigte Umsetzung der IGV (2005) und die Förderung von Eigenverantwortung der Länder auf diesem Gebiet zu verbessern.

Ein Delegierter, der im Namen des SEEHN und seiner Mitgliedstaaten das Wort ergriff, begrüßte den Abschlussbericht und lobte die Erfolge des Regionalbüros bei der Umsetzung eines ehrgeizigen Arbeitsprogramms in Bezug auf das neue gesundheitspolitische Rahmenkonzept der Europäischen Region, „Gesundheit 2020“. Als besonders wichtiger Aspekt wurden die Gesundheitsinformationen als Mittel zur Stärkung der Rechenschaftslegung durch die Politik hervorgehoben, bei der die Komplexitäten der Bevölkerungsgesundheit im Rahmen begrenzter finanzieller Mittel in Angriff genommen werden. Die Schaffung der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative (EHII) sei sehr zu begrüßen, und ihr Mehrwert als Instrument für eine wirksamere ressortübergreifende Abstimmung unter einer gestärkten Steuerung und Führungsrolle der Gesundheitsministerien werde anerkannt. Ferner wurde die Bedeutung einer wirksamen Kommunikation und Politiksteuerung im Hinblick auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit unterstrichen.

Diese Stellungnahme wurde in zahlreichen Wortmeldungen unterstützt, und es wurden Maßnahmen und Fortschritte aus einzelnen Ländern geschildert, die dort aufgrund der vorbildlichen Unterstützung der WHO für die Umsetzung von im Bericht der Regionaldirektorin erläuterten Konzepten ermöglicht worden seien. Darüber hinaus wurden namentlich folgende Aspekte hervorgehoben: die Notwendigkeit einer gemeinsamen Zukunftsvision und Strategie zur Anpassung an neue globale Realitäten wie Klimawandel und Migration vor dem Hintergrund finanzieller und ökonomischer Herausforderungen; die positive Wirkung der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative, des Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) und der Zusammenarbeit mit der Datenbank des Global Health Observatory der WHO; die Bedeutung einer bürgernahen Gesundheitsversorgung; und die unschätzbar wichtige Hilfe durch die Initiative kleiner Länder.

Weitere Anregungen einzelner Redner betrafen die Notwendigkeit, die Beteiligung der Privatwirtschaft an Maßnahmen im Gesundheitsbereich auszuweiten, dafür zu sorgen, dass die Kooperationszentren der WHO von den Mitgliedstaaten vorgeschlagen würden, und dass alle wichtigen Entscheidungen mit Auswirkungen auf Verpflichtungen der WHO und ihrer Mitgliedstaaten von den leitenden Organen getroffen würden. Ferner wurde angeregt, die Verfahren für die Nominierung von Kandidaten für zwischenstaatliche Prozesse zu klären und entsprechende Termine festzulegen und dabei auf Transparenz und Gleichheit zu achten, um die Wahl der jeweils besten Experten zu gewährleisten. Außerdem wurden auch die Herausforderungen bei der Sicherstellung eines wirksamen, kohärenten und integrierten Ansatzes für die Erfüllung der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung sowie die Notwendigkeit der Ausarbeitung eines gemeinsamen Konzeptes für die Finanzierung der grundlegend wichtigen Arbeit der Beratenden Expertengruppe der WHO für Fragen von Forschung und Entwicklung (CEWG) sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung hervorgehoben.

Der Vertreter Ungarns kündigte das Angebot seines Landes an, die 67. Tagung des Regionalkomitees für Europa im Jahr 2017 auszurichten, dem ein entsprechender Beschluss der ungarischen Regierung vorausgegangen und das der Regionaldirektorin auch schriftlich zugegangen sei.

Der Sondergesandte des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für HIV/Aids in Europa und Zentralasien lobte den stetigen Einsatz der Regionaldirektorin und der Mitarbeiter der WHO für die Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose (einschließlich ihrer multiresistenten Formen) und viraler Hepatitis, insbesondere in der östlichen Ukraine, wo mehr neue Fälle von HIV/Aids gemeldet würden als je zuvor und wo undiagnostizierte Infektionskrankheiten und ein extrem schlechter Zugang von Angehörigen anfälliger Gruppen zu Präventions- und Therapieangeboten inzwischen zu erheblichen Problemen geführt habe. Angesichts der neuen Möglichkeiten, die heute aufgrund wissenschaftlicher Fortschritte zur Verfügung stünden, müssten das erforderliche Engagement der Politik und die nötigen Finanzmittel nun direkt in Maßnahmen zur Beendigung der HIV/Aids-Epidemie kanalisiert werden.

Der Direktor des Regionalen Unterstützungsteams des UNAIDS für Osteuropa und Zentralasien wies auf die Allgemeingültigkeit und den Anspruch der neuen Zielvorgabe für HIV/Aids hin, die in die Ziele für eine nachhaltige Entwicklung eingebunden werden solle, namentlich die Eliminierung der Krankheit bis 2030. Alle Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen müssten sich an den Bemühungen des UNAIDS, die Seuche in Osteuropa und Zentralasien unter Kontrolle zu bringen, beteiligen. In diesem Zusammenhang würdigte er die Entscheidung Litauens, seine Einreise- und Aufenthaltsbeschränkungen für HIV-infizierte Personen aufzuheben, wie von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen bis Ende 2015 vereinbart. Das UNAIDS und seine elf Geldgeber, darunter die WHO, hielten unbeirrt an dem Ziel fest, die HIV/Aids-Epidemie in der gesamten Europäischen Region zu beenden.

Der Regionaldirektor des UNFPA für Osteuropa und Zentralasien lobte die erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa bei der Stärkung der Maßnahmen der Gesundheitssysteme zur Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt, bei der Ausweitung einer umfassenden Sexualerziehung und bei der Förderung einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik. Neben der Entschlossenheit zur Fortsetzung der Zusammenarbeit in Bezug auf die wichtigsten Prioritäten für die Zukunft seien auch dringende Maßnahmen zur Optimierung der Kapazitäten des Gesundheitswesens in den Ländern erforderlich, um die Folgen der steigenden Zahl von Migranten und Flüchtlingen zu bewältigen, namentlich Maßnahmen zur Erfüllung der dringenden Bedürfnisse von Frauen in Bezug auf Reproduktionsgesundheit. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den maßgeblichen Akteuren in der Europäischen Region sei auch in Bezug auf Fragen wie die Folgen von Binnenmigration, Bevölkerungsalterung und den Zugang Jugendlicher zu einer grundlegenden Gesundheitserziehung und Gesundheitsversorgung notwendig.

Die Regionaldirektorin dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und erklärte, das Regionalbüro werde im Hinblick auf seine künftige Rolle in den umfassenden Anstrengungen zur Bewältigung der neuen humanitären Krise, die sich aus dem großen Zustrom von Flüchtlingen und Migranten in die Europäische Region ergebe, gerne ihre Ansichten erfahren. Dazu könne vor Ende 2015 eine Tagung einberufen werden, um die gesundheitlichen Auswirkungen der Migrationskrise aus zwei Blickwinkeln zu beleuchten: dem Schutz der Gesundheit der ankommenden Migranten und Flüchtlinge und dem Schutz der Gesundheit der ortsansässigen Bevölkerung.

Auf die zur Diskussion gestellten Fragen erwiderte die Regionaldirektorin, die Global Policy Group habe im Rahmen ihrer regelmäßigen Beratungen über die Verbesserung der Vorsorge- und Reaktionskapazitäten der Organisation diese Thematik als ständigen Punkt auf ihrer Tagesordnung, um die Generaldirektorin in Bezug auf die Reform der Katastrophenhilfe zu beraten. Sie sei auch überzeugt, dass nach der Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung eine Diskussion in der Global Policy Group über die Umsetzung der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung nach 2015 stattfinden werde. Eine entsprechende Diskussion sei bereits für die Zeit nach dem Regionalkomitee geplant und solle eine weitere Verbesserung der Kohärenz innerhalb des Regionalbüros gemäß den Zielen für eine nachhaltige Entwicklung und im Einklang mit „Gesundheit 2020“ bewirken; zwischen diesen beiden Bereichen bestehe ein enger Zusammenhang. Die Erfahrungen aus der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ – und insbesondere aus gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Konzepten für Gesundheit in allen Politikbereichen, die an den Determinanten von Gesundheit ansetzen – würden zu Einsichten und Erfahrungen führen, die sich bei der Umsetzung der Ziele für eine nachhaltige Entwicklung als nützlich erweisen könnten. Die Bemühungen um mehr private Finanzmittel für die Gesundheitssysteme müssten von weitreichenden Regulierungs- und Steuerungsmaßnahmen begleitet werden, vor allem um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen zu schützen und eine Verschärfung gesundheitlicher Benachteiligungen zu vermeiden. Mit Blick auf die Auswahl nationaler Experten gehe das Regionalbüro in direkter Zusammenarbeit mit den nationalen Anlaufstellen (NC) und den nationalen fachlichen Ansprechpersonen (NFP) vor, die von den Regierungen der jeweiligen Länder nominiert werden. Bei zwischenstaatlichen Prozessen auf der globalen Ebene existiere jedoch kein eindeutiges System für die Nominierung von Experten, die oft sehr kurzfristig erfolge. Deshalb werde der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees über diese Frage beraten. Darüber hinaus werde auch daran gearbeitet, die Bedingungen zu erörtern und zu vereinbaren, unter denen die Abschlussdokumente aus den Ministerkonferenzen den leitenden Organen zur Annahme vorgelegt werden sollen. Diese Thematik sei auch vom 22. SCRC erörtert worden, und mit der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 in Minsk werde im Oktober 2015 hier Neuland betreten. Die Regionaldirektorin unterstützte auch den Ruf nach einem gemeinsamen Konzept zur Finanzierung der Arbeit der CEWG und hob die Bemühungen um Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von HIV-infizierten Angehörigen anfälliger Bevölkerungsgruppen – und speziell von Flüchtlingen und Migranten – hervor. Schließlich dankte sie dem Vertreter Ungarns für das Angebot seines Landes, die 67. Tagung des Regionalkomitees auszurichten.

Das Regionalkomitee nahm die Resolution EUR/RC65/R1 an.

Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

Die Regionaldirektorin betonte die Bedeutung von Partnerschaften für das Erreichen der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung, in denen Gesundheit eine zentrale Rolle einnehme. Die Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung solle dazu genutzt werden, den Staaten den Übergang von internationaler Finanz- und Entwicklungshilfe zu einer einheimischen Finanzierung zu erleichtern. Die Länder könnten zusätzliche Mittel für die Gesundheit mobilisieren, indem sie neue Quellen erschlossen und ihre Kosteneffizienz steigerten. Die Investitionen in die Gesundheit müssten strategischer erfolgen und die gesundheitlichen Resultate der Arbeit für die Millenniums-Entwicklungsziele erhalten werden. Das Regionalbüro sei entschlossen, die Mitgliedstaaten in der Umsetzung der neuen Agenda zu

unterstützen. „Gesundheit 2020“ biete hierzu ein solides Fundament, weil es einen Rahmen für gesamtstaatliches, gesamtgesellschaftliches und ressortübergreifendes Handeln biete.

Die Exekutivdirektorin des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria bezeichnete ihre Organisation als einen Partnerschaftsmechanismus, der von den Ländern geschaffen worden sei und auch von ihnen gelenkt werde. Der Fonds werde sich weiterhin entschieden für die Europäische Region engagieren. HIV sowie mehrfach und extensiv resistente Tuberkulose (M/XDR-Tb) belasteten die Europäische Region weiterhin stark, wobei der Fonds einen ansehnlichen Teil der antiretroviralen Therapien sowie der Behandlungen der M/XDR-Tb finanziere. Der Übergang zur Finanzierung aus einheimischen Mitteln erfordere langfristige Planung und programmatische Nachhaltigkeit. Zur Sicherung eines reibungslosen Übergangs ziehe man innovative Ansätze in Betracht, hierunter die Beteiligung der Zivilgesellschaft und der professionellen Gesundheitseinrichtungen sowie einen Ausbau der Partnerschaften mit den Gesundheitsministerien.

Der Stellvertretende Geschäftsführer der GAVI-Allianz sagte, die Arbeit für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele habe vor allem durch eine Erhöhung der Impfraten zu beträchtlichen Fortschritten bei der Kindersterblichkeit geführt. Die Probleme in der Europäischen Region hinsichtlich der durch Impfung vermeidbaren Krankheiten könnten jedoch zunehmen, weil die Länder ihre Grenzen für Tausende vor Verfolgung fliehende Menschen öffneten. Politische Entschlossenheit und verstärkte Überzeugungsarbeit gegen Impfverweigerung wären daher von entscheidender Bedeutung. GAVI lege großen Wert auf Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit und sehe in der Eigenverantwortung der Länder einen zentralen Aspekt ihres Unterstützungsmodells. In den kommenden fünf Jahren sollten fünf Länder aus der Europäischen Region von der Unterstützung durch GAVI unabhängig werden und ihre Regierungen die Verantwortung für das Beibehalten der Impfraten übernehmen. GAVI werde diese Länder jedoch auch in der Zeit nach dem Übergang durch geeignete Maßnahmen unterstützen. Der Europäische Impfkaktionsplan (2015–2020) könne sich positiv auswirken, denn er signalisiere ein nie zuvor gesehenes Ausmaß an politischer Entschlossenheit, das der ganzen Welt als Beispiel dienen könne.

In einer Podiumsdiskussion, die von Prof. Martin McKee moderiert wurde, betonte der Leitende Berater des schwedischen Amtes für Gesundheit und Wohlfahrt die Bedeutung des ressortübergreifenden Vorgehens für das Erreichen der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung: es gebe zwar nur ein Gesundheitsziel, doch viele andere seien auch für die sozialen Determinanten von Gesundheit relevant. „Gesundheit 2020“ komme in dieser Hinsicht eine entscheidende Rolle zu. Die Gesundheitsministerin der Republik Moldau und der Generaldirektor des georgischen Zentrums für Krankheitsbekämpfung und öffentliche Gesundheit schilderten, welche Erfahrungen ihre Länder in der Vorbereitung des Übergangs von der Spenden- zur Eigenfinanzierung gemacht hätten. In der Republik Moldau habe der Globale Fonds das Gesundheitsministerium in seinen Verhandlungen mit dem Finanzministerium über die Haushaltszuweisungen wirksam unterstützt. Der langfristig zu erwartende Ertrag dieser Ausgaben in Form einer besseren Gesundheit der Bevölkerung sei als Argument genutzt worden, die einheimische Finanzierung von Therapieprogrammen für Tuberkulose und HIV als Priorität zu erhalten. Die georgische Regierung habe kürzlich das Gesundheitsbudget verdoppelt und mit dem Finanzministerium sei ein mittelfristiger Finanzrahmen zur Sicherung eines nachhaltigen Übergangs vereinbart worden. Man hoffe, dass die von der WHO koordinierte fachliche Unterstützung auch nach Beendigung der finanziellen Beiträge von Gebern wie dem Globalen Fonds und GAVI fortgesetzt werde.

Bei der Erwägung der Frage, ob die Finanzministerien eher Haushaltsmittel bereitstellen würden, wenn die Bedeutung von Gesundheit für das Erreichen der Ziele für eine nachhaltige Entwicklung stärker unterstrichen werde, betonte ein einiges Podium die Bedeutung des ressortübergreifenden Vorgehens. „Gesundheit 2020“ könne hierfür ein nützliches Instrument sein. Adäquate Datensysteme seien erforderlich, damit Erkenntnisse zur Unterstützung ausgeweiteter Interventionen für die Gesundheit gesammelt und in einer Weise präsentiert werden könnten, die nicht nur das Interesse von Statistikern wecken würde. Chancengleichheit sei ein komplexes Thema, da manche Gesundheitsthemen, insbesondere HIV und Tuberkulose, mit einem sozialen Stigma behaftet seien.

Ein Vertreter der International Federation of Medical Students Associations erklärte, Gesundheit sei eine Frage des politischen Willens und erfordere nachhaltige Investitionen und belastbare Gesundheitssysteme. Er fragte, wie die Zivilgesellschaft einbezogen und die Öffentlichkeit in die Lage versetzt werden könnte, um angesichts der ungewissen gesundheitlichen Herausforderungen der Zukunft die nötige Widerstandsfähigkeit zu entwickeln.

Aus dem Podium wurde die Notwendigkeit betont, nicht nur auf Seiten des Angebots, sondern auch auf Seiten der Nachfrage Investitionen in die Gesundheit zu thematisieren, und dass die Gemeinschaften dazu befähigt werden müssten, von den Gesundheitssystemen Rechenschaft zu verlangen. Wenn dies geschehe, würden gesundheitsbewusste Verhaltensweisen sowie Erwartungen gestärkt. Ein patientenzentrierter Ansatz lasse sich durch die Förderung von Gesundheit in allen Politikbereichen sowie die Stärkung von Partnerschaften und Öffentlichkeitsarbeit für einen ergebnisorientierten Ansatz verwirklichen, der an den Menschen glaube und nicht in Opferbeschimpfung zurückfalle. Es müsse eine Art Buchprüfung der menschlichen Gesellschaft geben, deren Ergebnisse dann auch berücksichtigt werden müssten.

Reform der WHO: Fortschritte und Folgen für die Europäische Region

(EUR/RC65/15)

Die Regionaldirektorin präsentierte eine Übersicht der im Rahmen der Reform der WHO erzielten Fortschritte und ihrer Auswirkungen für die Europäische Region vor allem in Bezug auf: die strategische Zuweisung von Haushaltskapazität, den Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren, die Umsetzung der Reform (insbesondere in Bezug auf die Führungsstruktur), die Stärkung des Rechenschaftsrahmens und die globale Mobilität der Bediensteten im Rahmen der Personalreform. In Bezug auf die strategische Zuweisung von Haushaltskapazität erinnerte sie daran, dass der Exekutivrat nach langwierigen und schweren Verhandlungen auf seiner 137. Tagung Einigkeit über Sektion 1 des Haushalts (fachliche Zusammenarbeit auf Länderebene) erzielt habe, nachdem schon auf der 136. Tagung eine weitergehende Einigung über die Grundprinzipien erzielt worden war, die auf die Sektionen 2, 3 und 4 Anwendung finden sollten. Das bedeute, dass der Anteil des Regionalbüros an Sektion 1 in den kommenden drei Zweijahreszeiträumen schrittweise von 5 auf 6,4% erhöht werde.

Resolution WHA68.9 skizziere die nächsten Schritte hinsichtlich der schwierigen Frage der Zusammenarbeit der WHO mit nichtstaatlichen Akteuren, die wiederholt - und bisher ergebnislos - seit vier Jahren diskutiert worden sei. Auf der offenen zwischenstaatlichen Tagung im Juli 2015 seien gute Fortschritte erzielt worden, die nun in informellen Zusammenkünften einer Einigung über noch offene Fragen dienen sollten. Die nächste zwischenstaatliche Tagung sei für die Zeit vom 7. bis 10. Dezember 2015 anberaumt worden. Man hoffe daher, sich während der 69. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2016 endgültig einigen zu können. Die

Partnerschaftsstrategie des Regionalbüros werde überprüft, wenn auf globaler Ebene Einigkeit erzielt worden sei.

Die Reform der Führungsstrukturen bleibe eine Priorität für die Europäische Region, die auch mehrere Initiativen ergriffen habe, um zu helfen, den Reformprozess auf globaler Ebene mitzugestalten. In Bezug auf Rechenschaft und Regelkonformität betonte sie, dass das Regionalbüro Regelverstöße niemals geduldet habe und über einen robusten internen Kontrollrahmen verfüge. Was die Mobilität der Bediensteten betreffe, so habe der Ausbruch des Ebolavirus verdeutlicht, wie schwierig es sei, eine schnelle Entsendung von Personal zu bewältigen. Es sei zwar wichtig, die Fähigkeit zur schnellen Reaktion im Notfall zu stärken und das neue Mobilitätskonzept umzusetzen, doch müsse zugleich Kontinuität gewahrt und Fachkompetenz in zentralen Bereichen erhalten werden, damit man weiter für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region und deren Bedürfnisse relevant bleibe. Es sei daher wichtig, die Führungsstruktur und den Umsetzungsplan weiter zu entwickeln und das neue Konzept in einem Modellversuch zu erproben.

Ein Mitglied des 22. SCRC erinnerte daran, dass eine Arbeitsgruppe zum Thema Führungsfragen eingerichtet worden sei, welche in Bezug auf fünf Themen im Wesentlichen die Arbeit der Vorgängerin in der Amtszeit des 21. SCRC fortgeführt habe. Erstens habe die Arbeitsgruppe das Sekretariat angewiesen, die Mitgliedstaaten in Verbindung mit der Nominierung von Kandidaten für den Exekutivrat oder den Ständigen Ausschuss um Beifügung einer Absichtserklärung zu bitten. Zudem habe sie das vom 21. SCRC entwickelte Instrument zur Bewertung von Nominierungen weiter geprüft. Zweitens habe sie Änderungen der Verfahrensregeln für die Nominierung für das Amt des Regionaldirektors in Befolgung der Empfehlung der 64. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2014 vorgeschlagen. Drittens habe sie beschlossen, dass eine umfassende Prüfung der Beteiligung nichtstaatlicher Organisationen an künftigen Tagungen des Regionalkomitees verschoben werde, bis das Ergebnis der Verhandlungen über den Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren vorliege. Viertens habe es die Arbeit an einem Verfahren für die Formulierung von Konferenzerklärungen und Abschlussdokumenten aufgenommen. Man hoffe, dass der Entwurf dieses Verfahrens dem Regionalkomitee 2016 vorgelegt werden könne. Fünftens habe die Arbeitsgruppe erörtert, wie Aktionspläne, Strategien und vergleichbare Grundsatzpapiere zu strukturieren seien. Da das Thema die Organisation insgesamt betreffe, werde es hoffentlich auch von der Arbeitsgruppe zur Strukturreform auf globaler Ebene aufgegriffen.

In der sich anschließenden Aussprache bekräftigte ein Delegierter der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, dass die Fortschritte bei der Strukturreform in der Europäischen Region der WHO insgesamt als Beispiel dienen könnten und begrüßte die Pläne des Regionalbüros zur Sicherung der Kontinuität seiner Arbeit im Rahmen seiner Teilnahme am Mobilitätskonzept auf globaler Ebene. In weiteren Wortmeldungen kamen ähnliche Meinungen zum Ausdruck und es wurde betont, dass Mobilität des Personals nicht zu einem Verlust an Kernkompetenzen führen dürfe und dass der Prozess gut angeleitet und von den Bediensteten als fair empfunden werden müsse. Es wurde hervorgehoben, dass größere Investitionen in die personellen Ressourcen am Hauptbüro sowie eine angemessene finanzielle Unterstützung durch die Mitgliedstaaten erforderlich seien, damit die WHO ordentlich arbeiten könne. In Bezug auf die Reform der Führungsstrukturen wurde auf die langwierigen Tagesordnungen der leitenden Organe und die daraus entstehenden Herausforderungen hingewiesen und überlegt, ob ein Verhaltenskodex der Mitgliedstaaten helfen könne, das Problem zu begrenzen. Eine stärkere Beteiligung aller Mitgliedstaaten an den offenen Tagungen des SCRC könne die Erörterungen wirkungsvoller machen.

Einige Delegierte begrüßten die Bemühungen des Regionalbüros um mehr Abstimmung, Transparenz und Rechenschaft auf allen drei Ebenen der WHO. Der Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region - der die Prioritäten der Region mit denen der globalen Ebene abstimmen sollte - wurde als ein gutes Beispiel hierfür bezeichnet. Auch die Aufmerksamkeit des Regionalbüros für die gesundheitlichen Konsequenzen der aktuellen Flüchtlingskrise erhielt Beifall.

In einer Wortmeldung wurde an die Bedeutung der Machbarkeitsstudie des Sekretariats zum Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren erinnert, die auch die Auswirkungen des Rahmens auf die Arbeit des Regionalbüros und der Länderbüros umfasst habe.

Der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management stimmte zu, dass das Mobilitätskonzept gut gehandhabt und jeder Verlust an Kernkompetenzen vermieden werden müssten. Daher werde das Mobilitätskonzept schrittweise und in den ersten drei Jahren auf freiwilliger Basis eingeführt und auf Grundlage der gesammelten Erfahrungen während der Umsetzung laufend angepasst. Er fügte hinzu, dass der Zuwachs des Programmhaushalts 2016–2017 um 8% es ermögliche, die Personalabteilungen im Hauptbüro und in den Regionen zu stärken.

Rechenschaftslegung und Regelkonformität

(EUR/RC65/15)

Der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management erklärte, der Bereich Rechenschaftslegung und Regelkonformität sei schon seit langem eine zentrale Priorität für die gesamte Organisation, die fest entschlossen sei, keinerlei Toleranz gegenüber Regelverstößen zu üben. Zu den jüngsten Initiativen auf diesem Gebiet gehöre die Einführung von administrativen und programmbezogenen Überprüfungen der Länderbüros. Der Programmhaushalt sei ein zentrales Instrument zur Sicherstellung von Rechenschaftslegung, und es würden konkrete Anstrengungen unternommen, um die Verknüpfungen zwischen dieser und der Bewertung der Leistung individueller Mitarbeiter zu verbessern. Der Beigeordnete Generaldirektor erläuterte weiter, im Hinblick auf die Sicherstellung von Regelkonformität verfüge die Organisation über drei „Verteidigungslinien“: maßgebliche Mitarbeiter wie die Leiter von Haushaltszentren; das Hauptbüro und die Regionalbüros, einschließlich ihrer Referate für Regelkonformität; und unabhängige Prüfungs- und Aufsichtsmechanismen wie den Unabhängigen fachlichen Aufsichts- und Beratungsausschuss. Zu den Berichts- und Überwachungsinstrumenten gehöre auch ein „Management-Armaturenbrett“. Innerhalb von zwölf Monaten werde ein Fahrplan für Regelkonformität entwickelt, der fünf Schwerpunktbereiche umfassen sollte: direkte finanzielle Beiträge; Werkverträge (APW); Berichterstattung an die Geber; Leistungsmanagement; und Handhabung des Anlagevermögens. Aktualisierte Informationen über Maßnahmen zur Stärkung der Rechenschaftslegung und der Regelkonformität würden im Januar 2016 dem Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss des Exekutivrates und im Mai 2016 der 69. Weltgesundheitsversammlung vorgelegt.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen berichtete, das Büro für interne Aufsichtsdienste (IOS) habe bei der Prüfung von sieben Länderbüros in den vergangenen drei Jahren alle Führungs- und Steuerungsprozesse für zufriedenstellend befunden. In einer vor kurzem beim Regionalbüro durchgeführten Prüfung sei festgestellt worden, dass die dort üblichen Kontrollmaßnahmen zur Abschwächung der wichtigsten Risiken zufriedenstellend

seien und effektiv funktionierten. In den Jahren 2011 und 2013 seien das Regionalbüro und fünf Länderbüros auch von externen Rechnungsprüfern bewertet worden; inzwischen seien alle Empfehlungen von 2011 erfüllt, und nur sechs der Empfehlungen aus dem Jahr 2013 seien noch offen. Die Prüfungen hätten u. a. folgende wesentliche systembedingte Probleme aufgezeigt: unzureichender Wettbewerb bei der Beschaffung von Dienstleistungen; keine Auslagerung von Back-up-Dateien; Anomalien bei der Einstellung von Projektpersonal in den Länderbüros; und Defizite bei der Handhabung des Anlagevermögens. Als Abhilfemaßnahmen seien u. a. Leitlinien und Verfahren entwickelt und Vorabproben für die Beschaffung sowie Mechanismen für die Genehmigung von Einstellungen eingeführt worden.

In ihren jüngsten Prüfberichten habe das IOS auf eine Reihe bewährter Praktiken hingewiesen, die für die anderen Regionalbüros von Interesse sein könnten. Die Leitungsebene des Regionalbüros werde durch monatliche Berichte über die erzielten Ergebnisse, die Veranschlagung im Haushalt, die Finanzmittel, den Stand der Finanzierung der Gehälter sowie über Fragen der Regelkonformität informiert. Die Ernennung von Ansprechpersonen in jedem Fachreferat und Länderbüro wirke sich insofern positiv aus, als diese als Kanal für eine systemische Rückmeldung von Informationen dienten. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees werde regelmäßig über die finanzielle Situation der Europäischen Region und über die Umsetzung ihres Programmhaushalts sowie über eine Reihe weiterer wichtiger Führungs- und Verwaltungsfragen informiert. Dies geschehe durch ausführliche Übersichtsberichte, mit denen eine vollständige Rechenschaftslegung und Regelkonformität angestrebt würden und die den leitenden Organen der WHO die Wahrnehmung ihrer Aufsichtsfunktion erleichtern sollten.

Zur weiteren Stärkung der Kontrollen würden neue Initiativen ergriffen. Die Leistungsbewertung werde mit den Zielvorgaben im Bereich Regelkonformität verknüpft; eine neue Zuständigkeits-Matrix für das Regionalbüro und die Länderbüros werde durchgehend eingeführt; die administrativen Kapazitäten in den Ländern würden gestärkt; und die Mitarbeiter des Regionalbüros würden in enger Abstimmung mit dem Büro für Regelkonformität, Risikomanagement und Ethikfragen auf die Erstellung des Risikoregisters hinarbeiten. Die Koordination mit dem Globalen Dienstleistungszentrum der Organisation, dem WHO-Hauptbüro und den Referaten für Regelkonformität in den anderen Regionalbüros werde ausgeweitet, um einen einheitlichen Ansatz zu gewährleisten, und Empfehlungen aus Rechnungsprüfungen würden künftig dem Regionalkomitee als ständiger Tagesordnungspunkt vorgelegt.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, begrüßte das feste Bekenntnis zu einer Null-Toleranz gegenüber Regelverstößen sowie die Einzelheiten einiger der innerhalb der Europäischen Region ergriffenen Gegenmaßnahmen. Er begrüßte auch die Investitionen in die Prüfungs- und Evaluationsfunktionen in der WHO sowie die Arbeit zur Umsetzung der Empfehlungen aus Rechnungsprüfungen. Eine Delegation erkannte an, dass die Bedenken in Bezug auf Regelverstöße ernst genommen werden müssten, um vor allem eine wirksame und ordnungsgemäße Verwendung der Mittel zu gewährleisten. Weitere Informationen über die Initiativen, etwa die Frage, wann sie eingeleitet wurden und welche Wirkung sie haben, seien wünschenswert. Die Übersichtsberichte an den Ständigen Ausschuss seien nicht nur ein wertvolles Instrument für mehr Transparenz und Regelkonformität, sondern auch ein Schritt in Richtung einer geteilten Verantwortung. Der Vorschlag zur Beratung über die Umsetzung von Empfehlungen aus Rechnungsprüfungen auf künftigen Tagungen des Regionalkomitees wurde ebenso begrüßt wie die Pläne zur Verknüpfung von Regeleinhaltung und Leistungsbewertung.

Die Generaldirektorin dankte den Delegationen der Mitgliedstaaten dafür, dass sie ihre Bedenken und ihre Sichtweise in Bezug auf den Themenkomplex Rechenschaftslegung und Regelkonformität zum Ausdruck gebracht hätten.

Überblick über die globale Reform der Führungsstrukturen

(EUR/RC65/15)

Die Delegierte, die im Namen der die Europäische Region repräsentierenden Mitglieder der Arbeitsgruppe zur globalen Reform der Führungsstrukturen (Estland, Russische Föderation) das Wort ergriff, erklärte, die Arbeitsgruppe sei in zwei zentralen Bereichen tätig: den Arbeitsmethoden der leitenden Organe der WHO und der Abstimmung der Führungsstrukturen auf den drei Ebenen der Organisation. Derzeit würden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die in der folgenden Woche in Genf ihre nächste Tagung hielten, eine Reihe von Analysepapieren erstellt. Deren Ergebnisse würden dann in die zweite offene Tagung der Mitgliedstaaten im November 2015 einfließen. Das Ziel bestehe darin, eine Einigung in Bezug auf einige Sofortmaßnahmen zu erzielen, die auf der 138. Tagung des Exekutivrates im Januar 2016 vereinbart werden könnten.

Die von den Mitgliedstaaten am Sonntagnachmittag, dem Vortag der Eröffnung der 65. Tagung des Regionalkomitees, geführte informelle Diskussion habe gezeigt, dass die Thematik der Reform der Führungsstrukturen für die Europäische Region von höchster Bedeutung sei, und verdeutliche die Bereitschaft in der Region, die Umsetzung von Vorschlägen der Mitgliedstaaten voranzutreiben und damit deren Eigenverantwortung für den Prozess und für die WHO insgesamt hervorzuheben.

Die Anstrengungen der Arbeitsgruppe wurden von zahlreichen Delegationen begrüßt. Die Themen der organisatorischen Abstimmung und der Festlegung von Zielen seien entscheidend für den Aufbau einer leistungsfähigen Organisation für die Zukunft, in der Kohärenz zwischen den drei Ebenen herrscht. Trotz der Begrüßung der globalen Reform der Führungsstrukturen wurde darauf hingewiesen, dass die interne Struktur der WHO und ihre Kommunikationsmechanismen von entscheidender Bedeutung seien. Die auf drei Ebenen angelegte Struktur der Organisation stelle eine Herausforderung und eine Chance zugleich dar. Die gewählten Regionaldirektoren der WHO könnten deutlich mehr politischen Einfluss ausüben als ihre Amtskollegen in anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen. Das wichtigste Ziel bestehe darin, einen Mangel an Abstimmung zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen zu vermeiden. Die Position der Generaldirektorin gegenüber der Ebene der Regionen solle gestärkt und verdeutlicht werden, etwa durch Einführung eines Rechenschafts-Kontraktes zwischen der Generaldirektorin und den Regionaldirektoren. Es gelte zu demonstrieren, dass die WHO zu einer echten Strukturreform bereit und in der Lage sei.

Die Generaldirektorin erinnerte daran, dass in dem Bericht der Gemeinsamen Inspektionsgruppe aus dem Jahr 2012 über Führung, Verwaltung und Dezentralisierung der WHO die Bedeutung einer sinnvollen Abstimmung zwischen den drei Ebenen der Organisation hervorgehoben worden sei. Bei der WHO berichteten die Regionaldirektoren in einem jährlichen Schreiben an die Generaldirektorin über die Erfüllung ihrer Aufgaben; hier könnten im Hinblick auf dessen Umwandlung in einen Rechenschafts-Kontrakt nützliche Lehren aus dem vom Generalsekretär der Vereinten Nationen verwendeten Modell gezogen werden.

Die Reaktion der WHO auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen

(EUR/RC65/15)

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte, der Ebola-Ausbruch habe die dringende Notwendigkeit der Stärkung der Kapazitäten der WHO für die Vorsorge für und die Reaktion auf künftige große Krankheitsausbrüche und Notlagen gezeigt, und schilderte die Maßnahmen, die auf Wunsch der Mitgliedstaaten auf Tagungen der globalen leitenden Organe und als Reaktion auf den Bericht der Arbeitsgruppe zur Zwischenbewertung der Reaktion auf den Ebola-Ausbruchs ergriffen worden seien. Dieser Prozess finde unter der Aufsicht der Generaldirektorin statt, die von einer Beratungsgruppe unter der Leitung von Dr. David Nabarro sowie von einem speziellen Projektmanagement-Team unterstützt werde. Auch der Prüfungsausschuss zur Bewertung der Rolle der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in Bezug auf den Ebola-Ausbruch und die ergriffenen Gegenmaßnahmen leiste hierzu einen Beitrag.

Darüber hinaus sei eine umfassende interne Konsultation auf den drei Ebenen der Organisation im Gange, an der die Global Policy Group, der Stellvertretende Generaldirektor und die jeweils fachlich zuständigen Beigeordneten Generaldirektoren, die sechs Regionalbüros, der Vorsitz der Beratungsgruppe und die Mitgliedstaaten beteiligt seien. Das angestrebte Ergebnis des Reformprozesses sei ein einheitliches Programm der WHO für gesundheitliche und humanitäre Notlagen, das über klare Leistungsparameter, eine globale Einsatzgruppe für gesundheitliche Notlagen, neue Arbeitsabläufe zur Erleichterung schneller und wirksamer Gegenmaßnahmen, einen Notfallfonds und beschleunigte Aktivitäten im Bereich Forschung und Entwicklung verfügt. Das Programm werde durch einen leistungsfähigen operativen Support unterstützt, der die Interventionen der WHO auf allen drei Ebenen bei humanitären Krisen und Krankheitsausbrüchen tatkräftig unterstützen könne. Das Programm werde auch in Abstimmung mit anderen Organisationen aus dem System der Vereinten Nationen, mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen sowie mit Partnerorganisationen aus der Zivilgesellschaft handeln.

Die Arbeit der Beratungsgruppe und des Projektmanagements werde voraussichtlich Ende 2015 abgeschlossen sein, und im Januar 2016 werde dem Exekutivrat ein Vorschlag vorgelegt.

In der anschließenden Aussprache äußerte sich eine Delegation besorgt darüber, dass die Reformierung der Reaktion auf Krisensituationen nicht schnell genug fortschreite, um dem Exekutivrat im Januar 2016 einen Vorschlag unterbreiten zu können. Ein anderer Delegierter wies darauf hin, dass neben dem Bericht der Arbeitsgruppe zur Zwischenbewertung auch andere Evaluationen im Gange seien, deren Ergebnisse berücksichtigt werden müssten, bevor definitive Schlussfolgerungen gezogen werden könnten. Er erklärte, der Rückgriff auf externe Organisationen bei der Bewertung des Handlungsbedarfs vor Ort habe eine Verzögerung der Reaktion der WHO bewirkt, und unterstrich die Notwendigkeit, dass die Organisation ihre eigenen Kapazitäten zur Bewertung entwickle und die erhaltene Unterstützung koordinieren könne. Außerdem sei es entscheidend wichtig, die Gesundheitssysteme zu stärken; anderenfalls werde es unmöglich sein, künftige gesundheitliche Notlagen zu bewältigen. Es wurde Unterstützung für die Einführung einer unabhängigen Überwachung und Evaluierung der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in den Ländern zum Ausdruck gebracht. Es wurde um Klarstellung hinsichtlich Stellenwert und Rolle der Regionen in der vorgesehenen neuen einheitlichen Struktur gebeten und die Frage aufgeworfen, in welcher

Beziehung die neue Fazilität der Weltbank zur Finanzierung von Pandemien zu dem Notfallfonds für die Unterstützung der Reaktionskapazitäten der WHO stehen solle.

In ihrer Antwort auf die Wortmeldungen der Delegierten erkannte die Generaldirektorin die Notwendigkeit an, die Arbeitsbereiche Krankheitsausbrüche und humanitäre Hilfe unter einem Dach zu vereinen und die daraus resultierenden Synergieeffekte konsequent zu nutzen. Für die Bewertung von Ausmaß und gesundheitlichen Risiken einer Notlage sei ein organisationsweiter Ansatz eingeführt worden, bei dem die Regionalbüros und das Hauptbüro bei Bedarf die Länderbüros im Hinblick auf Sofortmaßnahmen und das Management von Krankheitsausbrüchen absichern. Durch ein solches Vorgehen im Rahmen eines einheitlichen Programms werde auch eine angemessene Verwendung von Ressourcen in der gesamten Organisation gewährleistet. Die Bedeutung der Kernkapazitäten eines Landes für die Umsetzung der IGV (2005) und seiner Fähigkeit zur Bereitstellung der primären Gesundheitsversorgung müsse unterstrichen werden, und etwaige Probleme könnten überwunden werden, indem ein Gesundheitssystem geschaffen werde, das in der Lage ist, sowohl Krankheitsausbrüche zu verhindern als auch ein breites Spektrum von Gesundheitsproblemen zu bewältigen. Über die Finanzierungsfazilität der Weltbank werde immer noch diskutiert, doch sie werde eine ergänzende Rolle zum Notfallfonds der WHO spielen.

Die Regionaldirektorin verlieh ihrer Hoffnung Ausdruck, dass es der Europäischen Region gelingen werde, einen Pilotversuch für eine externe Evaluierung der Fähigkeit der Länder zur Erfüllung der Anforderungen der IGV (2005) in Bezug auf Kernkapazitäten durchzuführen.

Ansprache der Generaldirektorin der WHO

Die Generaldirektorin erinnerte daran, dass die Millenniums-Entwicklungsziele eindrucksvoll die Macht einer internationalen Solidarität unter Beweis gestellt hätten, die darauf abziele, Armut zu lindern und Menschenleben zu retten. Nun werde die Generalversammlung der Vereinten Nationen die neue Agenda für eine nachhaltige Entwicklung verabschieden. Der Erfolg bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Ziele habe eine noch ehrgeizigere Agenda in Gang gesetzt, bei der die neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung auch die neuen Herausforderungen in einer erheblich veränderten Welt berücksichtigten, wie etwa die aktuelle Flüchtlingskrise. Sie stimme mit der in der Erklärung der Regionaldirektorin geäußerten Einschätzung in Bezug auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Flüchtlinge und Migranten überein, und die gegenwärtigen Bedrohungen für die Gesundheit – von der Prävalenz chronischer nichtübertragbarer Krankheiten über die Situation der Gesundheitssysteme bis zu den Folgen des Klimawandels – seien größer und komplexer als im Jahr 2000. Die bevorstehende Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der Vereinten Nationen über Klimaänderungen biete sich daher als historische Chance an, zu verhindern, dass der nächsten Generation ein zerstörter Planet Erde hinterlassen wird. Bei der Bewältigung der sich verschärfenden Krise aufgrund der Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen werde die Führungskompetenz der Regierungen der Mitgliedstaaten begrüßt.

Generell dürfe die Vielzahl der bevorstehenden Herausforderungen nicht unterschätzt werden, zumal ihre Grundursachen außerhalb des traditionellen Aktionsradius der Gesundheitspolitik und damit der souveränen Staaten lägen. So seien nach Daten der Weltbank aus dem Jahr 2011 über 60% der 175 weltweit größten wirtschaftlichen Akteure Unternehmen, und diese neue Verteilung der Macht werfe eine Frage auf, die für den Schutz der Gesundheit im Zeitalter der

nachhaltigen Entwicklung entscheidend sei. In einer Welt, die von einer dramatisch erhöhten Interdependenz und einer Globalisierung der Werbeaktivitäten geprägt sei, gebe es nur grenzüberschreitende Bedrohungen. Deshalb müssten die Gesundheitsminister auch in Zukunft unermüdlich für eine konsequente staatliche Politik eintreten, die auf den Erkenntnissen von Medizin und Wissenschaft basiert.

In dieser Hinsicht werde die Strategie zur Bewegungsförderung in der Europäischen Region als ein Instrument zur Prävention der Adipositasepidemie in der Region vielerlei Nutzen bringen. Sie müsse jedoch entscheidend dadurch ergänzt werden, dass die Vielzahl an Faktoren, die von der WHO-Kommission für die Beseitigung der Adipositas im Kindesalter für die hohe Prävalenz der Adipositas unter Kindern verantwortlich gemacht werden, konsequent in Angriff genommen wird. Als besonders verheerende Kraft habe die Kommission die weltweite Vermarktung ungesunder Lebensmittel und Getränke gebrandmarkt.

Die Generaldirektorin erklärte, die Europäische Region sei von jeher richtungsweisend für die WHO gewesen, und viele ihrer Pionierleistungen bildeten die Grundlage für die Reaktion auf neue gesundheitliche Herausforderungen im Zeitalter der nachhaltigen Entwicklung. Sie hätten die Bedeutung ressortübergreifenden Handelns sowie das Bekenntnis zu Chancengleichheit und Solidarität als den prägenden Werten der Europäischen Region unterstrichen. Die Europäische Region habe sich als erste mit lebensstilbedingten Krankheiten auseinandergesetzt, über Wege zur Veranlassung von Verhaltensänderungen nachgedacht und die sozialen Determinanten von Gesundheit thematisiert, und sie habe mit der Charta von Tallinn überzeugende ökonomische Argumente für Investitionen in die Gesundheitssysteme formuliert. Ferner habe sie Schlagwörter wie „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und „gesamtstaatlicher Ansatz“ in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht. „Gesundheit 2020“ habe sich nun diese Errungenschaften zunutze gemacht.

Doch die Europäische Region verfüge noch über weitere Aktivposten, wie sie durch ihre schnellen Beiträge zur Bewältigung des Ebola-Ausbruchs eindrucksvoll unter Beweis gestellt habe. Zwar sei der Ausbruch noch nicht überstanden, doch sei ein Erfolg in greifbare Nähe gerückt. Die Führungskompetenz der WHO während des Ausbruchs sei in den meisten Medienberichten nicht zutreffend dargestellt worden. Die gesammelten Erkenntnisse seien in die Reformen der WHO eingeflossen, mit denen nun die Führungskompetenz der Organisation bei künftigen Ausbrüchen und in anderen gesundheitlichen Notlagen gestärkt werden solle. Die Erfolge der WHO bei der Bekämpfung des Ebola-Virus, etwa in Bezug auf die Erprobung neuer Impfstoffe, die Präqualifikation von Diagnoseverfahren und die Einrichtung eines Labornetzwerks, seien durch eine umfassende Unterstützung von den Ländern wie auch den Partnerorganisationen ermöglicht worden. Es zeuge von wahrer Führungskompetenz, dass es gelungen sei, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass bei künftigen Epidemien und Pandemien eine Vielzahl an Helferteams optimal arbeiten könnten.

Der Gesundheitsminister der Ukraine schilderte die Probleme bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und medizinischen Hilfsgütern in den nicht von der Regierung kontrollierten Gebieten seines Landes und hob die dringende Notwendigkeit einer Intensivierung der humanitären Hilfe in diesen Gebieten hervor, um die Impfung von Kindern gegen Polio sicherzustellen und Todesfälle aufgrund von Tuberkulose und Aids zu verhindern. Er lobte die Arbeit des Länderbüros und der Feldbüros der WHO in der Ukraine und namentlich deren zeitnahe und sinnvolle Reaktion auf die humanitäre Krise, aber auch ihre Hilfe bei den Reformen im Gesundheitswesen des Landes, die allesamt Modellcharakter für die Länderarbeit der WHO hätten.

Der Delegierte der Türkei erklärte, die Reformen im Bereich der Bewältigung gesundheitlicher Notlagen böten eine einzigartige Gelegenheit zur Stärkung der Bereitschaftsplanung und der Reaktionskapazitäten für die Zukunft. Sein Land werde sich an diesen Bemühungen dadurch maßgeblich beteiligen, dass es die Einrichtung eines ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen finanziere. Eine Delegation wies darauf hin, dass die globale Gesundheitspolitik aufgrund des Ebola-Ausbruchs nun einen hohen politischen Stellenwert erhalten habe, und unterstrich die zentrale Rolle der Stärkung der Gesundheitssysteme im Rahmen der globalen Gesundheitssicherheit sowie die schwierigen und weitreichenden Strukturreformen, die erforderlich seien, damit die WHO die Herausforderungen im neuen Jahrhundert bewältigen könne. Eine andere Delegation brachte die Notwendigkeit zum Ausdruck, aus dem Ausbruch die nötigen Lehren zu ziehen und die dringend erforderlichen Veränderungen vorzunehmen, nämlich die Stärkung der Gesundheitssysteme, die Verbesserung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und die Reformierung der Notfallkapazitäten der Organisation. Solche Maßnahmen könnten auch auf nützliche Weise mit den neuen Zielen für eine nachhaltige Entwicklung verknüpft werden; dabei könne die WHO während der Übergangsphase sowie bei einer evidenzbasierten Erfolgskontrolle eine wesentliche Rolle spielen.

Die Generaldirektorin erwiderte auf diese Reaktionen, dass der Polio-Ausbruch in der Ukraine eine Folge der problematischen und durch Unsicherheit geprägten Situation sei, wie sie der Gesundheitsminister geschildert habe. Deshalb solle in naher Zukunft ein Impfprogramm gestartet werden, in dem die WHO ihre anhaltende und umfassende Unterstützung für die Ukraine zum Ausdruck bringe. Wirksame humanitäre Hilfsmaßnahmen seien bei gesundheitlichen Notlagen lebenswichtig, dürften jedoch kein Ersatz für dauerhafte politische Lösungen sein. Konstruktive Kritik sei insofern willkommen, als noch viel getan werden müsse, um die WHO zu einer Organisation zu machen, die bedarfsgerecht arbeitet und den Erwartungen ihrer Mitgliedstaaten entspricht; diese müssten allerdings realistisch sein. Deshalb müssten die Prioritäten so festgelegt werden, dass sie sich primär an den Stärken und Fähigkeiten der WHO orientieren und ihr die Erfüllung von Wünschen und die Umsetzung von Empfehlungen im Rahmen ihrer finanziellen und sonstigen Ressourcen ermöglichen. Mit Blick auf die Umsetzung der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung werde die WHO den Mitgliedstaaten nach besten Kräften beratend zur Seite stehen. Die Generaldirektorin unterstrich, dass Versäumnisse bei der Einhaltung von Versprechen Vertrauen gefährdeten, und appellierte eindringlich an die Mitgliedstaaten, die sich nun bietende Chance zu ergreifen und ihre Versprechen gegenüber der WHO einzulösen.

Auszeichnung zum Weltnichtrauchertag

Generaldirektorin und Regionaldirektorin überreichten dem albanischen Gesundheitsminister Ilir Beqaj aus Anlass des Weltnichtrauchertags eine Auszeichnung in Anerkennung seiner Leistungen für die Eindämmung des Tabakgebrauchs und seine herausragende Führungsarbeit und sein Engagement für die Umsetzung des Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs.

Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa

(EUR/RC65/4 Rev.1, EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1, EUR/RC65/R.2)

Die Vorsitzende des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa für Europa (22. SCRC) berichtete, der Ausschuss habe im zurückliegenden Jahr fünf Tagungen und vier Telekonferenzen durchgeführt. Auf der ersten Tagung sei das Mitglied aus Frankreich zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt worden und ein Mitglied, dessen Land auch im Exekutivrat vertreten war, habe eingewilligt, die Verbindungen zwischen Exekutivrat und Ausschuss zu pflegen.

Neben der Unterstützung des Regionalbüros bei der Reaktion auf den Ausbruch der Ebola-Viruserkrankung sei die Vorbereitung der 65. Tagung des Regionalkomitees Kernbestandteil der Arbeit des 22. SCRC gewesen. Hierfür habe der Ausschuss die Regionaldirektorin hinsichtlich Tagesordnung und Programm beraten und insbesondere darauf geachtet, dass genügend Zeit für eine gründliche Erörterung der Tagesordnungspunkte bleibe. Man habe einen zentralen Aspekt aus „Gesundheit 2020“, die ressortübergreifenden Maßnahmen, als übergeordnetes Tagungsmotto begrüßt und der Regionaldirektorin empfohlen, Zusammenkünfte mit hochrangigen Vertretern der Mitgliedstaaten aus unterschiedlichen Ressorts und Sektoren zu organisieren. Man habe auch auf eine sorgfältige Abstimmung mit Tagesordnungen der leitenden Organe der globalen Ebene geachtet, insbesondere was die Reform der Führungsstruktur betreffe, und angeregt, vor der Tagung eine informelle Zusammenkunft der Mitgliedstaaten zu diesem Thema zu organisieren.

Auf der ersten Tagung des 22. SCRC seien zwei Arbeitsgruppen gebildet worden, von denen sich die eine mit der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und die andere mit der Reform der Führungsstruktur befasst habe. Die Arbeitsgruppe zu „Gesundheit 2020“ sei zweimal zusammengetreten und habe vor allem zwei Themen behandelt: eine verbesserte Verfügbarkeit von Vergleichsdaten, die zur Bewertung der Wirkung von „Gesundheit 2020“ wichtig seien, und die Förderung der ressort- und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit unter anderem durch das Vorweisen guter nationaler Praxisbeispiele und durch die Überwindung von Hindernissen in der Zusammenarbeit gewisser Bereiche. Die Arbeitsgruppe zu Führungsfragen sei dreimal persönlich und zweimal per Telekonferenz zusammengekommen und habe die Arbeit des vorangegangenen SCRC in diesem Bereich fortgeführt. Behandelt worden seien: das Nominierungsverfahren für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss, das um die Vorlage von Absichtserklärungen erweitert worden sei; die Vorschläge der Regionalen Beurteilungskommission zu Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees; die Beteiligung nichtstaatlicher Organisationen an den Tagungen des Regionalkomitees; das Verfahren für die Ausarbeitung von Konferenzklärungen; eine Klärung der Begriffe Strategie, Konzept und Aktionsplan.

Der SCRC habe auch seine Aufsichtsfunktion über die Verwaltung von Haushalt und Finanzen erfüllt. Er habe die Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015 geprüft und erörtert und sei über Maßnahmen in Kenntnis gesetzt worden, mit denen die Verwaltungskosten gesenkt und somit die fachlichen Kapazitäten ausgeweitet werden könnten. Man habe erfreut zur Kenntnis genommen, dass die Kontrolle der Regelkonformität sowie das Risikomanagement verbessert worden seien. In Bezug auf den Programmhaushalt 2016–2017 habe der Ständige Ausschuss den Umsetzungsplan für die Europäische Region geprüft und befunden, dass er ein hervorragendes Rechenschaftsinstrument sei.

Wie in den vorangegangenen Jahren habe der Ständige Ausschuss auch die Nominierungen für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat und SCRC erörtert. An der Zahl der Nominierungen und der Qualifikation der Kandidaten zeige sich das große Engagement der Mitgliedstaaten und ihr Interesse, sich an der Arbeit der leitenden Organe der WHO zu beteiligen. Aus den eingegangenen Absichtserklärungen habe man zudem wertvolle Einsichten gewonnen. Die Mitgliedstaaten wurden eindringlich gebeten, dieses Engagement in den kommenden Jahren fortzusetzen.

Der Vertreter eines Mitgliedsstaats begrüßte, dass der SCRC am Tag vor der Weltgesundheitsversammlung in Genf eine offene Tagung durchgeführt habe, doch habe die zeitliche Planung eine gründliche Vorbereitung und die Prüfung zweier umfangreicher Dokumentsammlungen praktisch unmöglich gemacht. Er habe daher angeregt, nach der Weltgesundheitsversammlung eine auf einen Monat befristete schriftliche Konsultation mit den Mitgliedstaaten zu Entwürfen der Arbeitsdokumente und Resolutionen für das Regionalkomitee durchzuführen.

Die Regionaldirektorin stellte fest, dass der 21. SCRC die Frist für Anmerkungen der Mitgliedstaaten zu den Resolutionsentwürfen nach der offenen Tagung verlängert habe, doch sei diese Nachricht nicht in allen Mitgliedstaaten wahrgenommen worden. Auf seiner zwei Tage zurückliegenden Zusammenkunft habe der 21. SCRC empfohlen, die Anregung im Jahr 2016 versuchsweise umzusetzen und dem Regionalkomitee über die gemachten Erfahrungen zu berichten.

Das Regionalkomitee nahm Resolution EUR/RC65/R2 an.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz

Zur Einführung in den Europäischen Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz wurde ein Film gezeigt, der in die wichtigsten Themen des Berichts einführt. In dem Bericht würden die Fortschritte hinsichtlich der sechs Ziele aus „Gesundheit 2020“ aufgezeichnet. Die Auswertung der verfügbaren Daten habe gezeigt, dass die Europäische Region insgesamt auf gutem Wege sei, die Ziele zu erreichen, dass sich die Fortschritte aber ungleich auf die Länder verteilen und noch einige Ungleichgewichte beseitigt werden müssten. In dem Bericht werde betont, dass Gesundheit nicht nur das Freisein von Krankheit bedeute, und ferner, dass die Beschreibung und Messung von Gesundheit und Wohlbefinden in der kulturell so vielseitigen Europäischen Region schwierig sei. Die WHO habe daher eine Initiative auf den Weg gebracht, welche die kulturellen Kontexte von Gesundheit und die positiven wie negativen Einflüsse kulturell überlieferter Überzeugungen und Gebräuche auf die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit erforschen solle.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation sagte, der Europäische Gesundheitsbericht sei das Flaggschiff unter den Publikationen des Regionalbüros und erscheine alle drei Jahre. Der Europäische Gesundheitsbericht 2015 erschließe Neuland und beleuchte, welche Arten von Erkenntnissen benötigt würden, um die in „Gesundheit 2020“ verankerten neuen Konzepte sowie die Gesundheit des 21. Jahrhunderts zu vermessen. Dazu gehörten Daten zur Beobachtung des Wohlbefindens, das 2013 als Ziel hinzugekommen sei, sowie subjektive und objektive Indikatoren. Daten zum Wohlbefinden

seien schwer zu deuten und zu vergleichen, vor allem weil die subjektive Erfahrung stark kulturell geprägt sei. Daher betrete die WHO nun dieses neue Arbeitsfeld, das die kulturellen Kontexte von Gesundheit und Wohlbefinden behandle. Eine hierzu einberufene internationale Sachverständigengruppe habe eine Definition des Begriffs Kultur vorgeschlagen und die systematische Untersuchung der kulturellen Kontexte in einem ressortübergreifenden multidisziplinären Ansatz empfohlen.

Aus dem Europäischen Gesundheitsbericht gehe hervor, dass viele Länder ihre nationale Gesundheitspolitik mit „Gesundheit 2020“ abgeglichen und nationale Ziele aufgestellt hätten. Daten aus dem Jahr 2013 zeigten, dass 67% der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region Konzepte zur Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit verfolgten. Der Bericht verdeutliche auch die Notwendigkeit, die Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsinformationen so zu bewältigen, dass eine regelmäßige Berichterstattung mit hochwertigen Daten auf Ebene der Länder gewährleistet werden könne. Ein einheitliches Informationssystem für Europa, das die Europäische Gesundheitsinformationsinitiative anstrebe, werde die Datenerhebung auf Länderebene verbessern, die Berichtslasten der Mitgliedstaaten verringern und so eine ausgeweitete Messung von Fortschritten in der Europäischen Region ermöglichen.

Der Bericht werde in unterschiedlichen Formaten vorliegen, hierunter erstmals als Smartphone-App, über die das Regionalbüro Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge der Mitgliedstaaten zu erhalten erhoffe.

In der sich anschließenden Aussprache wurde bemerkt, dass der Europäische Gesundheitsbericht tatsächlich ein Flaggschiff und zugleich ein weiterer Meilenstein sei und dass er wegen seiner Abstimmung auf „Gesundheit 2020“ nützlich für die ressortübergreifende Überprüfung und Überarbeitung von Konzepten sei, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können. Die eingeleiteten Schritte zur erweiterten Beobachtung der gesundheitlichen Ungleichheiten und der kulturellen Determinanten von Gesundheit wurden begrüßt. Die Verfügbarkeit hochwertiger Daten sei eine Voraussetzung für die Benennung gesundheitlicher Ungleichheiten und für ein besseres Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden. Die Vertreterin Litauens sagte, ihr Land sei kürzlich der Europäischen Gesundheitsinformationsinitiative beigetreten und forderte andere Länder auf, dem Beispiel zu folgen.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation begrüßte, dass die Bedeutung der Auswirkungen kultureller Faktoren auf die Gesundheit anerkannt werde. Die WHO werde dieses Verhältnis auf dem neuen Arbeitsgebiet in den kommenden Jahren genauer untersuchen, damit am Ende die kulturellen Determinanten von Gesundheit messbar würden. Sie sehe den Beiträgen der Sachverständigen der Mitgliedstaaten zu diesem Unterfangen erwartungsvoll entgegen. Sie begrüßte die Entscheidung Litauens der Europäischen Gesundheitsinformationsinitiative beizutreten. Sie führte ferner aus, dass überlegt werde, unter dem Dach der Initiative ein Gesundheitsinformationsnetz für kleine Länder zu knüpfen. Neben anderen Zielen verfolge die Initiative den Zweck, Gesundheitsinformationen aus der gesamten Region zu harmonisieren und die Berichtslast der Mitgliedstaaten zu verringern.

Gesundheit 2020: Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC65/11, EUR/RC65/16, EUR/RC65/R1)

Die Regionaldirektorin stellte fest, dass die gesundheitspolitischen Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO – und insbesondere die Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten und die gesundheitlichen Ungleichheiten, die innerhalb von wie auch zwischen Ländern bestünden – nicht in Angriff genommen werden könnten, ohne an den vorgelagerten Grundursachen anzusetzen, für die andere Ressorts als die Gesundheitspolitik zuständig seien. „Gesundheit 2020“ sei ein wesentliches Instrument für die Ermittlung der wichtigsten Bereiche für die ressortübergreifende Arbeit, darunter Bildungs-, Arbeits-, Migrations-, Sozial-, Wirtschafts- und Haushaltspolitik.

Die Anwendung eines ressortübergreifenden Ansatzes für die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden sei eine politische Grundsatzentscheidung. Sie erfordere ein entsprechendes Maß an Engagement und den Willen zur Problemlösung unter komplexen Rahmenbedingungen und zum behutsamen Umgang mit sensiblen Aspekten, wie etwa Unterschieden in bürokratischen Systemen, der Verteilung der Mittel und in einigen Fällen Interessenkonflikten. In dieser Hinsicht gebe „Gesundheit 2020“ eine nützliche Orientierungshilfe für ressortübergreifende Maßnahmen zugunsten der Gesundheit und für Gesundheit in allen Politikbereichen auf der Grundlage eines gesamtstaatlichen Ansatzes und einer gezielten Politiksteuerung für mehr Gesundheit. Die Annahme der Agenda für Entwicklung bis 2030, die sich an „Gesundheit 2020“ anlehne, biete die Gelegenheit, die entscheidende Bedeutung eines integrierten Konzeptes hervorzuheben.

Durch „Gesundheit 2020“ seien die sozialen Determinanten von Gesundheit priorisiert worden; in einem nächsten Schritt müsse der Schwerpunkt auf sozialpolitische Themen gelegt werden, wie etwa Beschäftigung, Ausbildung, Wohnen, fairer Lohn und Ruhestand in Würde. Viele der sozialen Determinanten von Gesundheit könnten auch auf der kommunalen Ebene in Angriff genommen werden und machten eine Zusammenarbeit mit den Kommunalbehörden erforderlich. Das Gesunde-Städte-Netzwerk und das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ hätten deshalb eine bedeutende Rolle bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ gespielt. Ein weiteres wichtiges Anliegen sei der Aspekt der Gesundheitskompetenz.

Die ressortübergreifende Zusammenarbeit habe auch eine globale Dimension. Der Stellenwert von Gesundheit habe sich in der Außenpolitik und generell auf der weltpolitischen Tagesordnung zunehmend erhöht. Deshalb sei eine ressortübergreifende Zusammenarbeit auf allen Ebenen unverzichtbar. In den vergangenen Jahren habe die Europäische Region der WHO ein erhebliches Maß an Führungskompetenz in der globalen Gesundheitspolitik unter Beweis gestellt, indem sie der Gesundheit einen hohen Stellenwert auf der Tagesordnung der G7 verschafft habe und bei Maßnahmen mit Sicherheitsrelevanz angemessen auf Herausforderungen wie den Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit und den beispiellosen Zustrom von Flüchtlingen und Migranten in die Europäische Region reagiert habe.

Die Europäische Region verfüge über besondere Erfahrung bei der ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Ein Paradebeispiel dafür sei der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (EHP) – der wichtigste Mechanismus für eine ressortübergreifende Politikgestaltung in der Europäischen Region in den vergangenen 26 Jahren. In der Europäischen Region seien ein

Fünftel der Todesfälle und ein Viertel der Krankheitslast auf Umweltfaktoren zurückzuführen, die wiederum von politischen Entscheidungen beeinflusst würden. Der EHP und seine Ministerkonferenzen hätten großen Anteil an den Fortschritten gehabt, aber auch aufschlussreiche und nützliche Erkenntnisse erbracht.

Der EHP habe sich als besonders wertvoll dafür erwiesen, die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung ihrer innerstaatlichen Agenda zu unterstützen. Er stelle einen Mechanismus für die Überwachung und Berichterstattung dar, der zu einem höheren Maß an politischer Rechenschaftslegung beitrage und zu Maßnahmen auf nationaler Ebene anrege. Ebenso sei er ein Mittel zur Verbreitung neuer wissenschaftlicher und normativer Leitlinien.

In einer Halbzeitbilanz über die Fortschritte bei der Verwirklichung der Zielvorgaben aus der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit von 2010 sei die Notwendigkeit unterstrichen worden, die gemeinsamen Anstrengungen zu verstärken und sich auf wesentliche Fragen wie Luftverunreinigung, Chemikaliensicherheit, Klimawandel sowie den allgemeinen Zugang zu einwandfreiem Trinkwasser und zur Sanitärversorgung zu konzentrieren. Anpassungsfähigkeit an sich rasch verändernde Umstände könne nur durch eine gute Politiksteuerung gewährleistet werden. Das Europäische Zentrum der WHO für Umwelt und Gesundheit in Bonn spiele dank seiner engen Zusammenarbeit mit der internationalen Wissenschaftsgemeinde in einem breiten Spektrum von Fachdisziplinen eine wichtige unterstützende Rolle.

Die Lehren aus dem EHP sollten daher dazu herangezogen werden, die künftige Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen zu gestalten. Eine solche Zusammenarbeit müsse politisch relevante Themen aufgreifen, Glaubwürdigkeit erhalten und dafür sorgen, dass Ziele aufgestellt würden, die die innerstaatliche Agenda mit internationalen Verpflichtungen verknüpfen. Die mit dem EHP gewonnene Erfahrung sei daher besonders nützlich als Richtschnur für wesentliche künftige Initiativen der ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Diese müssten politisch relevante Themen aufgreifen, um auf der höchsten Ebene Aufmerksamkeit zu erhalten, und durch fachliche Kompetenz und Zusammenarbeit Glaubwürdigkeit und Kontinuität gewährleisten und Ziele aufstellen, die die innerstaatliche Agenda mit internationalen Verpflichtungen verknüpfen. Die politische Dynamik, die sowohl von „Gesundheit 2020“ als auch von der neuen Agenda für eine nachhaltige Entwicklung nach 2030 ausgehe, könne dafür genutzt werden, die ressortübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und so die Auswirkungen von Gesundheit auf die nachhaltige Entwicklung zu optimieren. Vorbildliche Verfahren aus den Mitgliedstaaten würden derzeit zusammengestellt und seien zur Weitergabe vorgesehen.

Die Regionaldirektorin schlug vor, in der Europäischen Region neue Prozesse zu erforschen, um Mechanismen für die Einbindung interessierter Mitgliedstaaten zu bestimmen, die eine ressortübergreifende Zusammenarbeit in der gesamten Region sowie einen sinnvollen Dialog fördern und den Erfahrungsaustausch und gemeinsame Maßnahmen zwischen den Ländern vorantreiben. Die Schwerpunkte sollten anfangs auf das Verhältnis zwischen Gesundheits-, Bildungs-, Finanz- und Sozialwesen gelegt werden.

Der Stellvertretende Vorsitzende des SCRC erklärte, im Laufe des vergangenen Jahres seien erhebliche Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ erzielt worden. Der SCRC würdigte die Bemühungen des Regionalbüros, die Verfügbarkeit vergleichender Daten zur Bewertung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und zur Verbreitung von Informationen über die erzielten Fortschritte zu erhöhen. Die Schwerpunktlegung des Regionalbüros auf

ressortübergreifende Zusammenarbeit werde begrüßt, insbesondere seine Bemühungen, aus den Erfahrungen mit dem EHP Erkenntnisse für die Koordinierung der politischen und fachlichen Aspekte der Zusammenarbeit abzuleiten. Die Rolle der Gesundheitsminister bei der Bewusstseinsbildung und der Förderung der Politikkohärenz müsse ausgeweitet werden.

In der anschließenden Diskussion begrüßten mehrere Delegationen die Berichte über die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie den Europäischen Gesundheitsbericht und bekannten sich zur Notwendigkeit ressortübergreifender Maßnahmen und nannten zahlreiche Beispiele für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit mit der Bildungs- und Umweltpolitik. Die Diskussion brachte ein wachsendes Bewusstsein für die Tatsache ans Licht, dass Bevölkerungsgesundheit keine Aufgabe für das Gesundheitswesen allein ist. Vielmehr sei eine ressortübergreifende Brücke erforderlich, um durch Entwicklung staatlicher Querschnittskonzepte, die ein wirksames Ansetzen an den für die Gesundheit relevanten sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren ermöglichen, bestehende Defizite abzubauen. Der vorgelegte Beschlussentwurf zur Förderung ressortübergreifender Maßnahmen wurde begrüßt und unterstützt.

Ein Vertreter erklärte im Namen der zehn Mitgliedstaaten des SEEHN, diese seien einem gesamtstaatlichen Ansatz verpflichtet und hätten für ihre Subregion die Strategie SEE2020 für Arbeit und Wohlstand beschlossen, die auf „Gesundheit 2020“ abgestimmt sei und Gesundheit als wesentlichen Beitragsfaktor zu inklusivem Wachstum würdige. Die Teilnehmer des SEEHN seien nicht nur zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf nationaler Ebene entschlossen, sondern würden auch die Bedeutung der Zusammenarbeit auf subregionaler Ebene für Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz zwischen Ländern anerkennen, was insbesondere angesichts der derzeitigen Notlage für Flüchtlinge und Migranten in der Europäischen Region wichtig sei.

Viele Redner bekundeten das Engagement ihrer Regierungen für ressortübergreifende Ansätze sowie den Ansatz Gesundheit in allen Politikbereichen sowie einen auf „Gesundheit 2020“ abgestimmten gesamtstaatlichen Ansatz und sahen in der neuen Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung eine einzigartige Chance zur Förderung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Eine Vertreterin unterstrich die Bedeutung ressortübergreifender Zusammenarbeit auf internationaler Ebene, denn viele der Herausforderungen für die globale Entwicklung beträfen grenzüberschreitende Probleme. In dieser Hinsicht wiesen einige Vertreter auf die Notwendigkeit eines integrierten Herangehens an Migration und Gesundheit hin, was besonders in der derzeitigen Krise aufgrund von Migration und Flucht in der Europäischen Region wichtig sei. Das Regionalbüro besitze hier eine Schlüsselrolle und eine Führungsaufgabe in der internationalen Zusammenarbeit. Einige Redner schilderten ihre Erfahrungen in der Umsetzung der bereichsübergreifenden Konzepte und des Ansatzes der Gesundheit in allen Politikbereichen und hoben besonders bewährte Praktiken hervor. Ein Vertreter schilderte, wie es die Gesundheitsbehörde einer Stadt in Kooperation mit Unterhaltungsindustrie, Lebensmittelbranche und Stadtplanern geschafft habe, die Adipositasraten der Kinder in der Stadt zu halbieren. In mehreren Mitgliedstaaten seien nationale Entwicklungspläne beschlossen worden, die auf einer Linie mit „Gesundheit 2020“ lägen und die sich nur durch ein integriertes Vorgehen erfolgreich umsetzen ließen. Die Agenda für eine nachhaltige Entwicklung nach 2015 biete in dieser Hinsicht weitere Anregungen, denn auch sie erfordere integrierte und kohärente bereichsübergreifende Herangehensweisen.

Mehrere Delegationen nannten eine Reihe von Einflussfaktoren, die eine ressortübergreifende Zusammenarbeit fördern oder begünstigen. Netzwerke wie das SEEHN und die Initiative

kleiner Länder wurden als unterstützende Prozesse bezeichnet. In mehreren Wortmeldungen wurde angeregt, dass das Vorhandensein eines Plans, Konzepts oder Konzeptpapiers dazu beitragen würde, das Fundament für eine ressortübergreifende Kooperation zu legen und den diesbezüglichen Handlungsauftrag zu formulieren. Eine Delegation sprach von einer Moderation durch ein wohlgesinntes Finanzministerium und durch internationale Finanzinstitutionen. In mehreren Wortmeldungen wurde die Notwendigkeit eines Forums zum Ausdruck gebracht, in dem ein allgemeiner Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie ein Austausch speziell zwischen Ländern mit ähnlichen Rahmenbedingungen möglich seien. Ferner wurden auch ein Kapazitätsaufbau für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen sowie eine Reihe unterstützender Instrumente (u. a. für Überwachungsaufgaben) gefordert.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa wurde als gutes Beispiel einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit gewürdigt. Die in der Zwischenbilanz gezogenen Lehren könnten helfen, wichtige Gesundheitsprobleme anzugehen, die der Gesundheitssektor alleine nicht lösen könne. Umweltthemen seien für die Gesundheit von entscheidender Bedeutung. Daher sei die Zusammenarbeit beider Sektoren von unschätzbarem Wert. Führungsarbeit des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit, der Außenstelle Bonn des Regionalbüros, sei außerordentlich wichtig. Viele Redner nannten konkrete Beispiele für die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Umwelt- und Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene, darunter Initiativen zur Verbesserung der Luftqualität, des Trinkwassers und der Abwasserentsorgung sowie zur Förderung erneuerbarer Energien. Mehrere Vertreter verwiesen auf Gesundheitsrisiken, die durch den Klimawandel entstünden: steigende Temperaturen führten zu einer Zunahme der Fälle von Malaria, Chikungunya und Dengue-Fieber in der Region und Hitzewellen hätten schwere gesundheitliche Auswirkungen auf schwache Bevölkerungsgruppen.

Mehrere Delegationen erklärten, zur Erhaltung der fachlichen Relevanz des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa und zur Förderung des Engagements der Mitgliedstaaten müsse der Prozess in Zukunft zielgerichteter gestaltet und möglicherweise auf zwei oder drei fachliche Bereiche beschränkt werden. Es solle erwogen werden, die Führungsstruktur zu straffen und den Akteuren deutlicher das Gefühl von Eigenverantwortung zu vermitteln. In einigen Beiträgen wurde die Hoffnung geäußert, dass die Rolle des Gesundheitssektors auch im Abschlussdokument der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der Vereinten Nationen über Klimaänderungen anerkannt werde, die im Dezember 2015 stattfinden solle. Generell kam in der Diskussion zum Ausdruck, dass der EHP aufgrund des erfolgreichen Zusammenwirkens mehrerer Politikbereiche das Modell für eine künftige ressortübergreifende Zusammenarbeit sei. Doch es wurde auch darauf hingewiesen, dass der EHP nicht den Anspruch verfolgen solle, sich mit allen Aspekten im Bereich Umwelt und Gesundheit zu befassen, die auf der globalen Ebene relevant seien. Einige Delegationen waren auch der Ansicht, dass die Erklärung über Umwelt und Gesundheit detaillierter sein müsse.

Eine Videobotschaft des Exekutivdirektors des Umweltprogramms der Vereinten Nationen (UNEP) wurde eingespielt, in der dieser die positive Partnerschaft zwischen UNEP und WHO insbesondere im Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa würdigte und eine Führungsrolle der WHO bei der Umsetzung der neuen Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung unterstützte. Man wolle Möglichkeiten für Vernetzung und gegenseitige Ergänzung in der Arbeit von WHO und UNEP aufzeigen, die zum Wohle der Menschheit und des Planeten genutzt werden könnten.

Der Direktor des Regionalbüros für Europa und Zentralasien des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) sagte, die Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung biete die Gelegenheit, Erfolge hinsichtlich der Millenniums-Entwicklungsziele zu feiern und weiter bestehende Herausforderungen wie den Abbau von Ungleichheit und die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit anzuerkennen. Die Europäische Region der WHO, die vornehmlich aus Ländern mit mittlerem Volkseinkommen bestehe, könne schon mit relativ bescheidenen Investitionen gute Resultate erzielen, wenn zugleich die Gesundheitskompetenz gestärkt werde. Soziale Ungleichheit erzeuge gesundheitliche Ungleichheit, die gesundheitliche Kluft jedoch behindere eine nachhaltige Entwicklung. UNFPA sei entschlossen, die organisationsübergreifende Zusammenarbeit zu stärken und Gesundheit und Wohlbefinden für alle in der Europäischen Region in enger Zusammenarbeit mit der WHO zu befördern.

Soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitskompetenz: Verknüpfungen und Kohärenz zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik und die Rolle von Gesundheit in der nachhaltigen Entwicklung und in der Außenpolitik

(EUR/RC65/16)

Podiumsdiskussion

In einer Podiumsdiskussion über die Rolle von Gesundheit in der Entwicklungs- und Außenpolitik, die von Prof. Ilona Kickbusch moderiert wurde, sagte der für Sicherheitspolitik und internationale Kooperation zuständige Staatsminister beim ungarischen Ministerium für auswärtige Angelegenheiten und Handel, dass das Wohlbefinden der Menschen die Voraussetzung für Wohlstand sei und umgekehrt. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung gelte es, das prekäre Gleichgewicht zwischen dem medizinisch Machbaren und dem ökonomisch Annehmbaren zu finden; dies strebe sein Land in seinem eigenen Gesundheitssystem ebenso an wie in Ländern, in denen es Krankenhäuser gebaut habe. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Außen-, Entwicklungs- und Finanzministerien sei in diesem Zusammenhang entscheidend, und Gleiches gelte für die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft.

Die Botschafterin für globale Gesundheitspolitik und Leiterin der Abteilung Internationales beim Schweizer Bundesamt für Gesundheit schloss sich dieser Sichtweise an und berichtete, in ihrer Arbeit zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Aspekte der Schweizer Außenpolitik profitiere sie in hohem Maße von ihren im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen und Kontakten. Dennoch seien für die Kooperations-, Koordinations- und Konsultationsarbeit zur konsequenten Verfolgung dieser Politik viel Geduld und Ausdauer notwendig. Da es keine Patentlösung gebe, seien Gelegenheiten zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch im Interesse der Entwicklung vorbildlicher Praktiken stets willkommen.

Der Berater des Referats für globale Gesundheitspolitik beim deutschen Bundesministerium für Gesundheit erläuterte den Prozess, der zur Annahme eines Konzeptpapiers in seinem Land geführt habe, das sich mit seiner Rolle in der globalen Gesundheitspolitik befasse. Das Papier habe dazu beigetragen, die Bundeskanzlerin in Bezug auf die drei Themen zu beraten, die nun auf der globalen Gesundheitsagenda der G7-Länder stünden, nämlich Ebola-Fieber, antimikrobielle Resistenz und vernachlässigte Krankheiten. Bei der Behandlung globaler

Gesundheitsthemen seien eine Zusammenarbeit zwischen den Ministerien und die Kontakte zu den Ständigen Vertretungen ebenso wichtig wie die Ernennung fachkundiger Diplomaten.

Der Generaldirektor für Gesundheitsfragen beim französischen Ministerium für Gesundheit, Soziales und Frauenrechte erklärte, in der heutigen globalisierten Welt, in der nationale Konzepte für die Bewältigung von Pandemien und den problematischeren Infektionskrankheiten untauglich seien, habe Diplomatie einen zunehmenden Bezug zur Gesundheit. So würden als globale Botschafter für zentrale Gesundheitsthemen statt Angehörigen der Gesundheitsberufe oft Diplomaten ausgewählt.

Der Minister für Gesundheit, soziale Sicherheit, Familie, nationale Krankenversicherung und ökonomische Planung von San Marino fügte hinzu, die Ebola-Krise habe verdeutlicht, wie wichtig bei der Bereitstellung von gesundheitlicher Hilfe für die Länder die Berücksichtigung unterschiedlicher Sitten und Gebräuche sei.

In ihrer Zusammenfassung der Diskussion unterstrich Prof. Kickbusch die wachsende Bedeutung von Ständigen Vertretungen und anderen Organisationen in Verhandlungen über Gesundheitsthemen, wie im Falle der neuen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung geschehen. Darüber hinaus seien sinnvolle Bündnisse und Partnerschaften oft das Ergebnis diplomatischer Kontakte; dies geschehe unter Beteiligung verschiedener Akteure, von denen viele der Ansicht seien, dass die WHO bei der Verfolgung der Ziele im Bereich Gesundheit und Außenpolitik eine wesentliche Rolle spielen müsse.

Der Titel der zweiten Podiumsdiskussion, die von Dr. Walter Ricciardi moderiert wurde, war „Soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitskompetenz: Verknüpfungen und Kohärenz zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik“. Dabei wurde zunächst ein Video mit Prof. Sir Michael Marmot gezeigt, in dem dieser Daten präsentierte, die die Wirkung sozialer, ökonomischer und politischer Einflussfaktoren auf Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten verdeutlichten. So deuteten etwa Daten aus Ländern der Europäischen Union darauf hin, dass die Variation in Bezug auf die Lebenserwartung im Alter von 25 Jahren unter Personen mit niedrigem Bildungsniveau erheblich größer ausfalle als unter Personen mit höherer Bildung. Die Daten belegten auch, dass bei Kleinkindern Ungleichheiten hinsichtlich der kognitiven Entwicklung durch eine Vielzahl gesundheitlicher und sozialer Risikofaktoren beeinflusst würden. Solche Ungleichheiten in der frühen Kindheit setzten sich für die Betroffenen dann oft als Benachteiligungen im gesamten weiteren Lebensverlauf fort. Sir Marmot wies auch darauf hin, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch als Gradmesser dafür dienten, wie gut es einer Gesellschaft gehe, und appellierte eindringlich an alle Länder, mehr für die Thematisierung der sozialen Determinanten von Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu tun.

Anschließend legte der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden eine Reihe praktischer Vorschläge für die Umsetzung ressortübergreifender Maßnahmen und die Überzeugungsarbeit gegenüber Kollegen aus anderen Ressorts vor und wies darauf hin, dass die WHO dabei sei, eine Vielzahl an Instrumenten und Materialien zur Erleichterung der Kommunikation mit anderen Politikbereichen und zur Unterstützung der Länder bei der Förderung ressortübergreifender Maßnahmen zu erstellen. Er unterstrich die Bedeutung pragmatischer und gut präsentierter Botschaften mit überzeugenden Argumenten, nannte die möglichen Erträge einer solchen Zusammenarbeit und warnte auch vor den Kosten von Untätigkeit. Darüber hinaus sei es auch wichtig, die Terminologie anderer Ressorts zu verstehen und sich in Bezug auf deren

Lösungsansätze offen zu zeigen, gemeinsame Ziele und Vorgaben festzulegen und auch die Kommunalverwaltungen einzubeziehen, ohne die ein Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit nicht funktionieren könne.

In der Podiumsdiskussion wiesen mehrere Teilnehmer auf die potenzielle Rolle der Bildungspolitik bei der Verankerung gesunder Lebensgewohnheiten und somit in der Gesundheitsförderung und in der Krankheitsprävention hin. Außerdem könne ein gleichberechtigter Zugang zu Bildung zum Abbau sozialer Ungleichheiten beitragen, die wiederum zu Benachteiligungen im Gesundheitsbereich führten. Der andorranische Minister für Schul- und Hochschulwesen erläuterte, dass die Bildungspolitik auch indirekte positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben könne. So würden etwa an andorranischen Schulen erneuerbare Energien als ein Mittel zur Bekämpfung des Klimawandels gefördert, was langfristig eine positive gesundheitliche Wirkung verspreche. Der Generaldirektor für Gesundheit beim französischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauenrechte berichtete, mehrere Ministerien in seinem Land hätten sich auf einen ressortübergreifenden Ansatz für Gesundheitserziehung und -förderung geeinigt. Andere Podiumsteilnehmer berichteten auch von erfolgreichen Kooperationen zwischen der Bildungspolitik und anderen Ressorts (wie Umwelt- und Landwirtschaftspolitik), die auf die Förderung gesunder Verhaltensweisen und einer guten Ernährung abzielten.

Der Minister für Gesundheit, soziale Sicherheit, Familie, nationale Krankenversicherung und ökonomische Planung von San Marino erklärte, sein Land habe die Federführung in der Initiative kleiner Länder übernommen, und hob hervor, dass die kleinen Staaten aufgrund ihrer strategischen Flexibilität, ihres starken sozialen Zusammenhalts und ihrer Anpassungsfähigkeit eine Vorreiterrolle in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit einnehmen könnten. Sein Land habe eine lange Tradition ressortübergreifender Zusammenarbeit und gemeinsamer Entscheidungsprozesse, und der neue nationale Gesundheitsplan sei ein greifbarer Beweis dafür. Ein Schlüssel zum Erfolg sei hier die klare Aufgabenverteilung gewesen. Ebenso wichtig sei aber die Entwicklung einer langfristigen Vision gewesen, wobei allerdings auch kurzfristig sichtbare Ergebnisse angestrebt werden müssten, um so politische Unterstützung zu mobilisieren. Der portugiesische Generaldirektor für Gesundheitsfragen berichtete von den Herausforderungen aufgrund der demografischen und epidemiologischen Veränderungen in seinem Land und unterstrich die Bedeutung klarer Definitionen für Konzepte wie vorzeitige Sterblichkeit, um Klarheit hinsichtlich der verfolgten Ziele herzustellen, die Überwachung von Fortschritten zu erleichtern und vergleichbare Daten vorlegen zu können.

Der Generaldirektor beim Staatlichen Amt für Gesundheit und Soziales in Schweden betonte, die Gesundheitspolitik seines Landes sei klar auf Chancengleichheit ausgerichtet und habe den Anspruch, an den sozialen Determinanten von Gesundheit anzusetzen. Sie habe als Orientierungshilfe für ressortübergreifende Maßnahmen auf der nationalen wie kommunalen Ebene gedient. So hätten etwa in der Stadt Malmö die Städteplaner unter Anwendung einer Gesundheitsperspektive auf ihre Arbeit eine Strategie für die Beseitigung von Barrieren entwickelt, durch die einkommensschwache und ungesunde Bevölkerungsgruppen von den wohlhabenderen und gesünderen Gruppen getrennt würden.

Der Staatssekretär im Gesundheitsministerium der Slowakei schilderte ein Projekt in seinem Land, in dem Angehörige der Roma-Gemeinschaft als „Gesundheitsassistenten“ angeworben worden seien. Das Projekt habe dazu beigetragen, die Impfraten zu erhöhen, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für bestimmte Krankheiten zu erhöhen und generell Gesundheit zu fördern. Es werde davon ausgegangen, dass in 10 bis 15 Jahren die Gesundheit in der Roma-

Gemeinschaft besser sein werde als in der übrigen Bevölkerung. Dagegen sei ein früheres Gesundheitsprojekt der Gesundheitsbehörden zugunsten der Roma gescheitert, was die Wichtigkeit des Verständnisses lokaler Sitten und Gebräuche verdeutliche.

Der Erste Stellvertretende Finanzminister von Belarus erklärte, die Rolle der Finanzpolitik bei ressortübergreifenden Maßnahmen für Gesundheit werde wohl oft überschätzt. Das zentrale Anliegen der Finanzpolitik sei die Frage, ob es auf allen Ebenen von Staat und Gesellschaft eine starke politische Unterstützung für Initiativen im Gesundheitsbereich gebe. Die Sicherstellung einer solchen Unterstützung sei vor allem zu Zeiten beschränkter Mittel und knapper Kassen wichtig. Auch eine leistungsorientierte Haushaltslegung, eine klare Festlegung von Zielen mit messbaren Indikatoren und eine wirksame Erfolgskontrolle und Evaluation spielten eine wesentliche Rolle, um den zuständigen finanzpolitischen Entscheidungsträgern die Entscheidung zu ermöglichen, welche Maßnahmen sich bei der Verwirklichung von Gesundheitszielen als am wirksamsten erwiesen haben und daher Unterstützung verdienen.

Der andorranische Minister für Schul- und Hochschulwesen merkte an, dass Finanzminister in der Regel Investitionen in Bildung als lohnend ansähen; auch dies sei ein Argument für eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungspolitik. Die Podiumsteilnehmer hoben auch die Notwendigkeit hervor, die Vorteile einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit für mehr Gesundheit auch für die jeweils anderen Politikbereiche zu erkennen, und sprachen sich dafür aus, anderen Ressorts zu vermitteln, wie soziale Determinanten, wie etwa unzureichende Wohnbedingungen, sich auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken, und für evidenzbasierte Entscheidungsprozesse in der Sozialpolitik einzutreten.

Zum Abschluss der Diskussion sagte Dr. Ricciardi, der Europäischen Region drohe ein wahrer Orkan, wenn die genannten demografischen und epidemiologischen Veränderungen mit wachsenden sozialen und ökonomischen Ungleichheiten einhergingen. Eine Untätigkeit auf diesem Gebiet werde ungeheure Kosten nach sich ziehen.

Allgemeine Aussprache über ressortübergreifende Zusammenarbeit, den Beschluss und die Podiumsdiskussion

In der sich anschließenden Aussprache äußerten Vertreter der Mitgliedstaaten einstimmig, dass Politikgestalter anderer Ressorts und Sektoren die vielfältigen die Gesundheit beeinflussenden Faktoren berücksichtigen sollten. Der Verschlechterung der Lebensqualität durch Austeritätspolitik müsse ganzheitlich begegnet werden und die Probleme, mit denen Migranten und Flüchtlinge konfrontiert seien, erforderten Maßnahmen einer Vielzahl staatlicher und gesellschaftlicher Akteure. Die Zusammenarbeit der Ministerien für Gesundheit, Bildung, Sport und Soziales in Fragen der öffentlichen Gesundheit wie etwa körperliche Betätigung und gesunde Ernährung sei von entscheidender Bedeutung, doch könne es schwer sein, gemeinsame Ziele mit den Wirtschafts- und Finanzministerien zu vereinbaren. Ressortübergreifendes Handeln erfordere eine radikale Neuausrichtung der Gesundheitsdienste und des Gesundheitspersonals. Zu den Prioritäten zähle die Sensibilisierung der Vertreter anderer Sektoren für Gesundheit, die Bereitstellung geeigneter Werkzeuge und Mittel zur Annahme gesunder Lebensweisen und die Sicherung der Vernetzung der IT-Systeme zur Erleichterung einer kooperativen ressortübergreifenden Politikgestaltung. Mehrere Delegierte berichteten, dass ihre Länder Gesetze für die Gesundheit der Bevölkerung und Strategien für Gesundheitsförderung beschlössen, welche nachhaltigen Mechanismen für bereichsübergreifende Zusammenarbeit auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen böten.

Der WHO und dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit wurde für die Veranstaltung einer Tagung in Berlin im April 2015 gedankt, auf der nationale Erfahrungen mit der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheits- und Außenpolitik ausgetauscht wurden. Unterschiedliche Modelle zur Einbeziehung von Gesundheit in die Außen- und Entwicklungspolitik seien denkbar, doch sollten jedem Fall Gesundheitsziele in diese Politikbereiche aufgenommen und dann auch angestrebt werden. Die Entwicklungsagenda für die Zeit nach 2015 und dazugehörigen Ziele für eine nachhaltige Entwicklung seien sehr ehrgeizig, doch gäben sie die Möglichkeit, durch Einbeziehung anderer Sektoren signifikante Verbesserungen für die Gesundheit weltweit zu erzielen. Ein Zweck der gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele sei zum Beispiel, die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten bis 2030 um ein Drittel zu verringern. Damit dieses Ziel erreicht werden könne, sei eine nachhaltige Finanzierung erforderlich, und ein Vertreter begrüßte daher den neuen globalen Finanzierungsrahmen für eine nachhaltige Entwicklung, der auf der dritten internationalen Konferenz zu Entwicklungsfinanzierung (13.–16 Juli 2015 in Addis Abeba (Äthiopien)) angenommen worden sei.

Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden nannte die Gesunde-Städte-Bewegung der Europäischen Region ein überzeugendes Beispiel für 30 Jahre ressortübergreifende Innovation. Zu den Voraussetzungen für diesen Erfolg zählten die feste und nachdrückliche Entschlossenheit der Bürgermeister und Stadträte (in einem „gesamtstädtischen“ Ansatz), die Kapazitäten und Mechanismen (wie ressortübergreifende Ausschüsse) zur Steuerung des Wandels, ressortübergreifende städtische Gesundheitspläne und Foren zur Beteiligung eines breiten Spektrums aus Zivilgesellschaft und Personen des öffentlichen Lebens. Die Fortschritte in jedem Aspekt der Arbeit der gesunden Städte würden kontinuierlich beobachtet und ausgewertet.

Vertreter des EuroHealthNet, der Framework Convention Alliance on Tobacco Control, die auch die NCD-Alliance vertrat, und der International Federation of Medical Students gaben Erklärungen ab, wobei die letztgenannte auch im Namen von International Alliance of Patients' Organizations, Medicus Mundi International, World Federation of Occupational Therapists und World Organization of Family Doctors sprach. Schriftliche Erklärungen von International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Medicus Mundi International und World Federation of Occupational Therapists wurden eingereicht.

Die Regionaldirektorin bemerkte, dass sich die Zahl der Länder mit ressortübergreifenden Konzepten und Koordinierungsmechanismen binnen einem Jahres verdoppelt habe und dass ein vollständiger Bericht und eine Liste der Maßnahmen auf der 66. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2016 vorgelegt würden. In der gesamten Region sollten Veranstaltungen zur Förderung der bereichsübergreifenden Arbeit organisiert werden. Die Sechste Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, die 2017 veranstaltet werden solle, biete eine einzigartige Gelegenheit, das Engagement der Region für den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa zu erneuern, seine Leitungsstruktur zu überprüfen und Prioritäten zu setzen. Sie würdigte den Meinungs-austausch während des Arbeitssessens der Minister zum Thema Migration und Gesundheit, das ein Thema sei, das überall in Europa Schlagzeilen gemacht habe. Sie erwähnte das von Italien finanzierte Projekt über gesundheitsschutzbezogene Aspekte der Migration in der Europäischen Region (PHAME) als den relevanten Handlungsrahmen in Bezug auf diese Thematik und bestätigte, dass das Regionalbüro vor Jahresende eine von Italien ausgerichtete Konferenz organisieren werde, auf der die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Folgen der Migration geprüft und erörtert werden sowie Einigkeit über Grundsatzfragen, Ansätze und den Umfang der von

Regionalbüro und Mitgliedstaaten gemeinschaftlich zu leistenden Arbeit erzielt werden solle in einem Arbeitsbereich, für den ressortübergreifendes Vorgehen sehr relevant sei.

Das Regionalkomitee fasste den Beschluss EUR/RC65(1).

Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)

EUR/RC65/9, EUR/RC65/9 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/R3)

Der Leiter des Programms für Ernährung, Bewegung und Adipositasprävention führte aus, dass Bewegungsmangel ein wesentlicher Risikofaktor in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten und eine bedeutende Ursache von Frühsterblichkeit sei. In der Europäischen Region der WHO sei ein Drittel der Erwachsenen nicht ausreichend körperlich aktiv, und 70% der Jugendlichen erreichten nicht das von der WHO empfohlene Maß an Bewegung. Daher sei dringendes Handeln geboten. Mit der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) sollten die Regierungen und die maßgeblichen Akteure dazu angeregt werden, bei allen Bürgern auf ein höheres Maß an körperlicher Betätigung hinzuwirken, indem sie ein günstiges Umfeld schaffen, Chancengleichheit gewährleisten und Schranken beseitigen. Die Strategie orientiere sich unter anderem an folgenden Leitgrundsätzen: Ungleichheiten abbauen, Bewegung während des gesamten Lebensverlaufs fördern, die Menschen und Gemeinschaften zu selbstbestimmtem Handeln befähigen, integrierte, ressortübergreifender, nachhaltige und partnerschaftliche Ansätze fördern, die Anpassungsfähigkeit von Bewegungsförderungsprogrammen gewährleisten und evidenzbasierte Strategien nutzen.

Es seien fünf vorrangige Handlungsfelder festgelegt worden: Führungskompetenz und Koordinierung, Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Förderung von Bewegung für alle Erwachsenen im Alltag sowie Begleitung, Überwachung, Evaluation und Forschung. Eine Reihe länderspezifischer Faktenblätter mit einer eingehenden Darstellung der Erfolge und Erfahrungen der Mitgliedstaaten bei der Förderung von mehr Bewegung und der Verringerung sitzender Tätigkeiten sei ausgearbeitet worden und solle im Hinblick auf den Austausch von Erkenntnissen und bewährten Verfahren veröffentlicht werden.

Ein Vertreter des SCRC erklärte, dass der Ständige Ausschuss die Strategie begrüße, die sich an „Gesundheit 2020“ anlehne, und dass sie als Impulsgeber für koordinierte, bereichsübergreifende Ansätze genutzt werden und gleichzeitig Anleitung für die Mitgliedstaaten in Form von strategischer Beratung bieten könne. In den transparenten und umfassenden Konsultationsprozess für die Erstellung und Überarbeitung der Strategie seien auf allen Ebenen Beiträge verschiedenster Interessengruppen eingeflossen. Der SCRC betrachte die Strategie als wichtiges und hochwertiges Dokument und lege dem Regionalkomitee nahe, sie zu billigen und den dazugehörigen Resolutionsentwurf anzunehmen.

In der sich anschließenden Aussprache bekundeten die Mitgliedstaaten ihre uneingeschränkte Unterstützung für die Strategie zur Bewegungsförderung und den Resolutionsentwurf. Die Strategie solle gemeinsam mit der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten, dem Aktionsplan zur Globalen Strategie für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas umgesetzt werden. Bewegungsmangel sei einer der primären veränderbaren Risikofaktoren im Zusammenhang mit nichtübertragbaren Krankheiten und werde mit hohen

Adipositasraten in Verbindung gebracht. Chronische Krankheiten, die mit Übergewicht und Adipositas verknüpft seien, etwa Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und einige Krebsformen, nähmen aufgrund des wachsenden Trends zu einer sitzenden Lebensweise zu. Die Strategie sei daher besonders relevant und aktuell.

Zahlreiche Redner begrüßten den umfassenden Charakter der Strategie, die klare Leitlinien enthalte, für alle Zielgruppen maßgeblich sei und eine ausgezeichnete Grundlage für die Erarbeitung von Politikkonzepten auf nationaler Ebene bilde. Die darin enthaltenen Empfehlungen beruhten auf breitem Konsens und seien auf alle Mitgliedstaaten in der Region anwendbar. In den Wortmeldungen wurde unterstrichen, wie wichtig es sei, allen Menschen ohne Diskriminierung gleiche Möglichkeiten zur Bewegung zu bieten, und auf die Notwendigkeit verwiesen, einen Lebensverlaufansatz anzuwenden und ein besonderes Augenmerk auf anfällige Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Jugendliche und Senioren zu richten.

Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit unter Führung des Gesundheitsbereichs sei Voraussetzung dafür, dass das Potenzial der Strategie voll ausgeschöpft werden könne. Bewegung müsse in Schule und Beruf, durch Verkehrspolitik und Freizeitgestaltung, gefördert werden. Eine Rednerin schilderte ein Beispiel für ein Programm von Bewegungsübungen von 10 Minuten Dauer, das vom Gesundheitsministerium ihres Landes in Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium gebilligt und in den nationalen Lehrplan integriert worden sei. Lehrer könnten somit die Bewegung von Kindern als Spaß vermittelnde Aktivität fördern. Der Bildung komme eine besonders wichtige Rolle dabei zu, bereits in jungen Jahren Verhaltensänderungen zu bewirken und eine gute Praxis zu fördern. Zur Förderung der Bewegung und Reduzierung sitzender Tätigkeiten in den Zielgruppen sollten moderne Technologien optimal eingesetzt werden. In Anbetracht der alternden Bevölkerung in der Europäischen Region müssten auch Maßnahmen zur Bewegungsförderung im Alter getroffen werden. Es sei ratsam, die positiven Auswirkungen von Bewegung zu überwachen und die Evidenz als Grundlage für Sensibilisierungsmaßnahmen zu nutzen.

Mehrere Redner beschrieben ihre nationalen Strategien zur Bewegungsförderung, die der Europäischen Strategie zwar vorausgegangen seien, jedoch ihrem Geist entsprächen. Andere bekundeten ihre Absicht, die Europäische Strategie als Modell für neue Konzepte und Strategien auf Länderebene heranzuziehen. Erfahrungen und bewährte Praktiken wurden durch Beispiele veranschaulicht, darunter die Verschreibung von Bewegung auf Rezept durch Ärzte und die Subventionierung der Mitgliedschaft in Fitnessstudios für Patienten, der Ausbau von Fahrradspuren in städtischen Gebieten und Fahrradverleihsystemen zur Förderung von Bewegung auf täglichen Arbeits- oder Freizeitwegen und die Einführung von obligatorischem Sportunterricht in der Schule. Es sei zu hoffen, dass die länderspezifischen Faktenblätter für den Austausch bewährter Verfahren möglichst bald vorlägen.

Ein Vertreter des Weltverbands der Ergotherapeuten gab eine Erklärung ab.

Der Leiter des Programms für Ernährung, Bewegung und Adipositasprävention dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und begrüßte, dass sie die Führungsrolle des Gesundheitswesens bei der Bewegungsförderung und die Bedeutung von Technologien bei der Überwachung, Evaluation und Sensibilisierung anerkannten. Ernährung und körperliche Betätigung seien eng miteinander verknüpft und müssten zusammen angegangen werden, um Probleme wie die Adipositas im Kindesalter zu bewältigen. Die Beispiele für erfolgreiche Maßnahmen zur Reduzierung sitzender Tätigkeiten und zur Förderung von mehr Bewegung seien ein Beleg für die innovativen Ansätze, die von den Mitgliedstaaten in der gesamten

Europäischen Region derzeit verfolgt würden. Die WHO stehe bereit, um mit den Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Strategie und der Bewältigung der dabei auftretenden Herausforderungen zusammenzuarbeiten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC65/R3 in der geänderten Fassung.

Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen

(EUR/RC65/10, EUR/RC65/10 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/R4)

Die Leiterin des Programms für Tabakbekämpfung berichtete, dass trotz eines Abwärtstrends beim Tabakkonsum in der Europäischen Region der WHO seit 2000 der Konsum speziell unter Frauen nach wie vor höher sei als in allen anderen WHO-Regionen. Es sei keiner der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region auf Kurs zur Erfüllung der von der WHO aufgestellten freiwilligen Zielvorgabe, in der Altersgruppe der über 15-Jährigen eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums um mindestens 30% bis zum Jahr 2025 zu erreichen. Die Bemühungen zur Bekämpfung des Tabakkonsums – und insbesondere die Anstrengungen zur Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) – müssten daher beschleunigt werden. Die Mitgliedstaaten hätten ihre Entschlossenheit auf diesem Gebiet durch die Annahme der Erklärung von Aschabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 zum Ausdruck gebracht.

Der dem Regionalkomitee vorgelegte Fahrplan diene der Unterstützung der Bemühungen der Mitgliedstaaten. Er sei in einem umfassenden Konsultationsprozess mit fachlicher Beratung durch die Mitgliedstaaten und das Sekretariat des Rahmenübereinkommens erstellt worden. Der Fahrplan habe sich an den Grundsatzentscheidungen der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens orientiert und sei mit diesen vereinbar; als Grundlage hätten die engen Beziehungen zwischen dem Regionalbüro und dem Sekretariat des Übereinkommens gedient. Er verfolge das ehrgeizige Ziel, das Übereinkommen in seiner Gesamtheit umzusetzen. Er werde zur Verwirklichung des globalen Ziels einer Reduzierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25% beitragen. Er verfolge das ehrgeizige Ziel, das Übereinkommen in seiner Gesamtheit umzusetzen, was zur Erreichung der freiwilligen Zielvorgaben der WHO beitragen werde, die darin bestünden, bis zum Jahr 2025 die durch nichtübertragbare Krankheiten verursachte vorzeitige Sterblichkeit um 25% zu verringern und in der Altersgruppe der über 15-Jährigen eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums um mindestens 30% zu erreichen. Dieses Ziel könne durch Maßnahmen wie gesetzliche Rauchverbote (insbesondere in Umfeldern mit Kindern), die Durchsetzung umfassender Verbote für jegliche Art von Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring sowie die verstärkte Sensibilisierung der Öffentlichkeit (zwecks Verhinderung des Einstiegs junger Menschen) erreicht werden. Der Fahrplan werde nach dem Konzept „Eine WHO“ umgesetzt, um die freiwillige Zielvorgabe bis 2025 erreichen zu können.

Ein Mitglied des SCRC unterstrich die Bedeutung der Tabakbekämpfung als primärem Ansatzpunkt für die Erfüllung der von der Weltgesundheitsversammlung vereinbarten freiwilligen Zielvorgabe einer Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25% bis 2025. Die Umsetzung des

Rahmenübereinkommens sei deshalb von entscheidender Bedeutung. In dem Fahrplan werde eine willkommene Zukunftsvision von einer Europäischen Region präsentiert, die gänzlich von durch Tabak bedingter Morbidität, Mortalität und Sucht befreit ist. Der SCRC habe zu dem Prozess der Ausarbeitung beigetragen, um speziell den Mehrwert des Fahrplans zu optimieren. Das Mitglied des SCRC brachte die uneingeschränkte Unterstützung des Ausschusses für den Fahrplan und den dazugehörigen Resolutionsentwurf zum Ausdruck.

Die Leiterin des Sekretariats des Rahmenübereinkommens erklärte, das Übereinkommen sei seit zehn Jahren in Kraft. In diesen zehn Jahren seien erhebliche Fortschritte erzielt worden. Die Europäer hätten die Übel des Tabakkonsums schon seit dessen Einführung aus dem Neuen Kontinent bekämpft, doch trotz hartnäckiger Anstrengungen werde auch 400 Jahre später immer noch überall in Europa geraucht. So müsse diese Schlacht nun noch einmal geschlagen werden, und es gelte dabei die vorhandenen Hindernisse zu überwinden. Sie rief alle maßgeblichen Akteure dazu auf, ihre Pflicht gegenüber der Öffentlichkeit zu erfüllen und wirksame Maßnahmen zu ergreifen, wie sie in dem Fahrplan genannt würden.

Von den 53 Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region seien 50 Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens. Doch innerhalb der Europäischen Region herrschten immer noch große Unterschiede in Bezug auf den Einzelhandelspreis von Zigaretten, und es seien größere Anstrengungen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs nötig, etwa umfassende Rauchverbote an allen öffentlichen Orten, große Warnhinweise auf Tabakpackungen, das Verbot von indirekter Werbung, Sponsoring und Verkaufsförderung und Hilfe bei der Raucherentwöhnung. Auch wenn einige Länder der Europäischen Region solche Maßnahmen zügig eingeführt hätten, so hätten sich diese frühen Erfolge doch nicht über den gesamten Kontinent ausgebreitet.

Die Agenda für eine nachhaltige Entwicklung nach 2030 werde die nötigen Impulse geben, um die Herausforderung des Tabakkonsums in Angriff zu nehmen, und eine vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens werde Initiativen zur Tabakbekämpfung und die Erreichung der freiwilligen Zielvorgabe einer relativen Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums in der Altersgruppe der über 15-Jährigen um 30% bis zum Jahr 2025 beschleunigen. Doch davor gelte es noch einen schweren Gegner der Anti-Tabak-Bewegung zu überwinden: die Tabakindustrie. Durch die Einführung von neuen Tabakerzeugnissen wie E-Zigaretten werde die Zahl der Süchtigen potenziell erhöht. Die Einmischung durch die Tabakindustrie stelle die größte Bedrohung für die Umsetzung des Rahmenübereinkommens dar.

Die Tabakindustrie habe auch versucht, die Bemühungen zur Umsetzung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen zunichte zu machen. Der unerlaubte Handel mit Tabakprodukten habe einen Anteil von 10% am weltweiten Tabakhandel. Bisher sei das Protokoll nur von neun Staaten ratifiziert worden; für sein Inkrafttreten seien noch weitere 31 Ratifizierungen nötig.

Deshalb hätten das Sekretariat des Rahmenübereinkommens, die WHO, die internationalen Partnerorganisationen und die Zivilgesellschaft die Pflicht, gemeinsam den Kampf fortzusetzen und die Gesetzgeber und andere maßgebliche Akteure immer wieder an die Notwendigkeit zum Handeln zu erinnern. Das Rahmenübereinkommen, sein Protokoll und der neue Fahrplan wiesen den Weg in eine bessere Zukunft, seien aber nur dann von Wert, wenn sie durch wirksame Maßnahmen in die Tat umgesetzt würden. Das Sekretariat des

Rahmenübereinkommens stehe für eine Zusammenarbeit mit der WHO zur Unterstützung der Maßnahmen zur Tabakbekämpfung in der Europäischen Region bereit.

In der sich anschließenden Aussprache dankten mehrere Vertreter dem Regionalbüro für die Erarbeitung des inspirierenden Fahrplans für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen und unterstützten ihn rückhaltlos. Der Fahrplan wurde nicht nur als Leitfaden für die Politikgestaltung gelobt, sondern auch als Instrument, mit dem das Erreichen von Zielen für eine nachhaltige Entwicklung sowie die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gefördert werden könne. Ferner wurde der Regionaldirektorin für ihre engagierte Unterstützung der Länder in ihren Bemühungen um die Eindämmung des Tabakgebrauchs gedankt.

Zahlreiche Delegierte betonten, welche hohe Priorität sie den Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in ihrer nationalen Gesundheitspolitik einräumten, und erläuterten gesetzliche, strategische und andere Maßnahmen, die sie beabsichtigten oder bereits ergriffen hätten, um die Bestimmungen des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs umzusetzen, etwa durch die Einführung unterschiedlicher Preis- und Steuerbestimmungen, Maßnahmen gegen das Passivrauchen, Vorschriften betreffend Verpackung, Beschriftung, Werbung, Förderung und Sponsoring für Tabakerzeugnisse sowie Maßnahmen gegen Tabakabhängigkeit und für Rauchverzicht. Andere schilderten Maßnahmen zur Verringerung des Angebots von Tabakerzeugnissen, etwa durch die Unterbindung unerlaubten Handels sowie des Verkaufs an und durch Minderjährige. Viele berichteten von ermutigenden Ergebnissen der geschilderten Maßnahmen und sahen weitere Erfolge in ihrem Kampf gegen die Prävalenz des Tabakkonsums voraus. Dazu zähle auch der Versuch, soziale Normen in Bezug auf den Tabakkonsum zu ändern. Ein Redner unterstrich die Notwendigkeit, dass die WHO Hinweise zur Nutzung rauchfreier und elektronischer Produkte wie etwa E-Zigaretten gebe.

In Bezug auf eine verstärkte Umsetzung des Rahmenübereinkommens wurde deutlich betont, dass starker politischer Willen ebenso erforderlich sei wie ressortübergreifendes Handeln und breite Unterstützung sowie Kooperation und Koordination der Länder, für deren Förderung sich das Regionalbüro in einer idealen Position befinde. Engagement der Zivilgesellschaft und Überzeugungsarbeit nichtstaatlicher Organisationen wurden ebenfalls als hilfreich für einen erfolgreichen Kampf gegen den Tabak hervorgehoben. Kurzum wurden gemeinsame Anstrengungen als zentral für Erreichen der langfristigen Vision einer Europäischen Region gesehen, die frei von tabakbedingter Morbidität, Mortalität und Abhängigkeit sei, sowie des kurzfristigeren Ziels einer relativen Verringerung der Prävalenz des Tabakkonsums unter Personen im Alter von 15 Jahren.

Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die noch nicht das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen unterzeichnet oder ratifiziert hätten, wurden ähnlich wie die drei Mitgliedstaaten, die noch nicht dem Rahmenübereinkommen beigetreten seien, aufgefordert dies zu tun. Die Erklärung von Aschabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 wurde als weiteres wichtiges Werkzeug im Kampf gegen den Tabak angeführt, dessen Erfolg darüber entscheide, ob das globale Ziel einer Reduktion der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund dieser Krankheiten um ein Viertel bis zum Jahr 2025 erreicht werden könne.

Ein Vertreter, der im Namen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, verwies auf die neue EU-Richtlinie für Tabakerzeugnisse, welche die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabak und ähnlichen Produkten in der Europäischen Union mit dem Ziel regelt, die Zahl der Berührungen mit den genannten Themen zu verringern. Die Zusammenarbeit zwischen Regionalbüro, Sekretariat des Rahmenübereinkommens und den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region müsse fortgesetzt werden, damit die Überwindung der wichtigsten Einzelursache von Tod und Erkrankung und des führenden Mitverursachers von gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa weiter vorangetrieben werden könne.

In einer weiteren Wortmeldung im Namen der Mitgliedstaaten Finnland, Frankreich, Island, Norwegen, Ungarn und Vereinigtes Königreich wurde festgestellt, dass diese Länder aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse über den Nutzen standardisierter Verpackungen für die öffentliche Gesundheit und ähnliche Aspekte dem Beispiel Australiens in dieser Sache gefolgt seien. Sie seien ferner entschlossen, ihre Verpflichtung durch das Rahmenübereinkommen zum Schutz der Politik vor den handfesten Interessen der Tabakindustrie zu erfüllen und gemeinsam ihre Gesetzgebung gegen zivilrechtliche Klagen zu verteidigen. Sie seien auch bereit, ihr Wissen und Können hinsichtlich der Tabakbekämpfung mit anderen zu teilen und standardisierte Verpackungen zu fördern.

Vertreter des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte und der Allianz zur Unterstützung des Rahmenübereinkommens gaben Erklärungen ab.

Der Leiter des Programms gegen Tabakkonsum dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und ihr Vertrauen in die Arbeit des Regionalbüros sowie für die Schilderung ihrer Erfahrungen und daraus gezogenen Lehren für die Tabakbekämpfung, zu deren Erfolg bereichsübergreifende Maßnahmen und Partnerschaften mit nichtstaatlichen Organisationen der Schlüssel seien. Das Regionalbüro seinerseits sei entschlossen, die Länder in ihren Bemühungen zu unterstützen, und sei gerne bereit, Kontakte unter ihnen zu vermitteln.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf sagte, mit der Annahme des Fahrplans zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und der Strategie zur Bewegungsförderung sowie der entsprechenden Resolutionsentwürfe gehe ein auf fünf Jahre angelegtes Projekt zur Ausarbeitung eines Mandats in Bezug auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region zu Ende. Die Mitgliedstaaten verfügten nun über einen klaren Leitfaden zur Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen in diesem Bereich. Es sei in ihrem eigenen Interesse, das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen zu ratifizieren.

Die Leiterin des Sekretariats des Rahmenübereinkommens sagte, dass ihre Organisation allen Vertragsparteien offenstehe, und appellierte an die übrigen Mitgliedstaaten ebenfalls beizutreten und dadurch die Umsetzung zu unterstützen. Aus dem gleichen Grund sei die Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen so wichtig. Ressortübergreifende Zusammenarbeit sowie die Hervorhebung der Vorzüge des Rahmenübereinkommens in internationalen Foren diene ebenfalls dem kohärenten Herangehen an die Erfüllung der resultierenden Verpflichtungen, mit denen eine bessere Welt geschaffen werden solle.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC65/R6 Rev 1 mit den beschlossenen Änderungen.

Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC65/7, EUR/RC65/7 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/7 Add.2)

Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss, dass die Niederlande und die Türkei sich auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 um die Mitgliedschaft im Exekutivrat bewerben und zur Wahl stellen sollten.

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte Island, Italien, Georgien und Tadschikistan für eine dreijährige Amtszeit von September 2015 bis September 2018 zu Mitgliedern des SCRC.

Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee wählte die Gesundheitsminister von Belarus und Usbekistan in den Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit für eine zweijährige Mitgliedschaft, die am 1. Januar 2016 beginnt.

Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe

(EUR/RC65/13, EUR/RC65/13 Add.1, EUR/RC65/R5)

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erklärte, dass der Untertitel des vorliegenden Dokuments – „Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“ – davon zeuge, wie wichtig es sei, dass die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region den Bedürfnissen der Bürger gerecht würden. Dies sei eine Botschaft der hochrangigen Tagung gewesen, die 2013 in Tallinn (Estland) anlässlich des fünften Jahrestages der Unterzeichnung der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand stattgefunden habe. Ein bürgernaher Ansatz setze voraus, dass nicht nur auf die Stimme der Bürger gehört werde, sondern dass diese auch tatsächlich befähigt und als Mitverantwortliche für ihre eigene Gesundheit aktiv eingebunden würden. Er sei auch mit einer Verbesserung der Gesundheitssysteme und der Verwirklichung von mehr Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit verbunden, insbesondere für die anfälligsten Gruppen.

Die Stärkung der Gesundheitssysteme sei schon lange ein vorrangiges Anliegen für die Mitgliedstaaten der WHO. Der Direktor schilderte die zentralen Verpflichtungen in Bezug auf die Gesundheitssysteme, die die Europäische Region seit der Annahme der Erklärung von Alma-Ata im Jahr 1978 eingegangen sei, und erklärte, dass sich im Laufe der Zeit überwältigende Belege dafür angehäuft hätten, dass Gesundheitssysteme mit einer starken primären Gesundheitsversorgung effizienter und bedarfsgerechter arbeiteten als andere und dass sie bessere gesundheitliche Resultate erzielten und weniger Ungleichheiten zuließen. Die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region stünden unter enormem Druck infolge der erheblichen Belastung durch übertragbare wie nichtübertragbare Krankheiten, eine Bedrohung der Gesundheitssicherheit und durch Behinderungen, doch dank einer Reihe von Innovationen

hätten sie sich überwiegend als widerstandsfähig und diesen Herausforderungen gewachsen erwiesen. Nichtsdestoweniger müssten noch grundlegende Probleme in Angriff genommen werden, etwa die Wirkung der Bevölkerungsalterung auf die Gesundheitssysteme. Die Frage, ob ein Gesundheitssystem nachhaltig sei, werde letztendlich davon abhängen, ob das angebotene Leistungspaket aus den vorhandenen Einnahmen finanziert werden könne.

Um seine strategischen Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in den kommenden fünf Jahren zu bestimmen, habe das Regionalbüro einen von den Mitgliedstaaten gesteuerten, inklusiven und partizipatorischen Prozess in Gang gesetzt, wobei die Federführung bei einer Gruppe von Mitgliedstaaten gelegen habe, die von externen Experten beraten worden sei. Um die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Erfüllung der in der Charta von Tallinn eingegangenen Verpflichtungen zu bewerten, seien Untersuchungen durchgeführt worden, und es hätten Konsultationen mit den Länderbüros und den Mitgliedstaaten stattgefunden. Schließlich sei auch eine Begutachtung durch externe Fachkollegen erfolgt.

Bürgernahe Gesundheitssysteme spiegelten die Werte Solidarität und Chancengleichheit wider; so solle niemand auf der Strecke bleiben, und soziale Ausgrenzung solle weitestgehend vermieden und finanzielle Absicherung gefördert werden. Die zentralen Prioritäten für die Verwirklichung von mehr Bürgernähe seien eine grundlegende Umgestaltung der Leistungserbringung und eine allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Diese Prioritäten ließen sich nur mit einem kompetenten Arbeitskräfteangebot, Innovationen bei Medikamenten und Gesundheitstechnologien sowie mit soliden Gesundheitsinformationen verwirklichen. Die Schlüsselwörter seien Veränderungsmanagement und Innovation.

Die Reaktion auf die gesundheitlichen Anforderungen des 21. Jahrhunderts mache eine Umstellung auf ein Gesundheitssystem mit einer leistungsfähigen primären Gesundheitsversorgung erforderlich, die umfassende, integrierte und bürgernahe Leistungen anbiete und die öffentliche Gesundheit als eine zentrale Säule habe. Auch Gesundheitsinformationen seien eine grundlegende Ressource auf allen Ebenen des Gesundheitssystems und spielten eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Entscheidungsprozessen, die das Gesundheitssystem in Richtung von besseren gesundheitlichen Resultaten und mehr Bürgernähe steuerten. Das Regionalbüro werde weiterhin eng mit seinen wichtigsten Partnerorganisationen zusammenarbeiten und sei bereit, den Mitgliedstaaten durch fachliche Hilfe, Analysen und einen Grundsatzdialog sowie durch Kapazitätsaufbau unter die Arme zu greifen.

Ein Mitglied des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss begrüße den von den Mitgliedstaaten gesteuerten Prozess zur Verknüpfung des Abschlussberichts der Charta von Tallinn mit den wichtigsten Herausforderungen, Themen und Prioritäten für die strategische Stärkung der Gesundheitssysteme in den kommenden fünf Jahren. Die Charta von Tallinn biete den Mitgliedstaaten auch weiterhin eine Zukunftsvision sowie Orientierungshilfe, die sie beim Aufbau nachhaltiger, widerstandsfähiger und bedarfsgerechter Gesundheitssysteme benötigten. Der Übergang zu bürgernahen Gesundheitssystemen sei entscheidend im Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Resultate, die Senkung der Gesamtausgaben und die Veranlassung von Verhaltensänderungen, um der doppelten Belastung durch übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten entgegenzuwirken. Für Fortschritte auf diesem Gebiet seien ein gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansatz, aber auch ein kompetentes Arbeitskräfteangebot, hochwertige Medikamente und Technologien sowie Gesundheitsinformationen notwendig. Der SCRC begrüßte die Abstimmung des

Arbeitsdokuments auf die globale Strategie der WHO für eine bürgernahe und integrierte Gesundheitsversorgung sowie die globale Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal (Workforce 2030).

Die zahlreichen Delegierten, die sich an der anschließenden Diskussion beteiligten, unterstützten allesamt voll und ganz den Ansatz für die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage der Werte Solidarität und Chancengleichheit, aber auch die beiden strategischen Prioritäten (grundlegende Umgestaltung der Leistungserbringung und allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung) sowie die drei Grundpfeiler der Gesundheitssysteme: Gesundheitspersonal, Arzneimittel und andere Technologien und Gesundheitsinformation.

Viele Redner betonten, dass ein bürgernaher Ansatz kühn, jedoch für die Förderung der in der Charta von Tallinn gebilligten Werte notwendig sei. Anerkanntermaßen erweise sich ein derartiger Ansatz auch als unerlässlich für die Umsetzung des Gesundheitskonzepts für die Europäische Region „Gesundheit 2020“. Er beinhalte die Befähigung der Menschen zu selbstbestimmtem Handeln durch Gesundheitskompetenz und gestalte damit die Beziehung zwischen Patienten und Gesundheitsversorgung zu einer Partnerschaft zwischen gleichermaßen informierten und interessierten Parteien. Ein Redner stellte allerdings fest, dass Bürgernähe nicht die Rolle der Gesellschaft und der Gemeinschaft im Gesundheitssystem schmälern dürfe.

Solidarität und Chancengleichheit wurden klar als Werte hervorgehoben, auf die sich die Länder stützen sollten, wenn sie auf die unter anderem mit der Migration verbundenen Herausforderungen reagieren. Starke und widerstandsfähige Gesundheitssysteme seien in der Lage, aktuelle und künftige Migrationswellen aufzufangen und nachhaltige und qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen für Migranten bereitzustellen. Eine Delegation wies darauf hin, dass die Reaktion des Gesundheitswesens auf die Migrationskrise und die Fähigkeit der Länder zu angemessenen, sicheren und bürgernahen Antwortmaßnahmen evaluiert werden müsse.

Viele Delegierte schilderten die Schritte, die in ihren Ländern bereits zur Umgestaltung der Gesundheitsleistungen, der obersten strategischen Priorität, unternommen worden seien. Dazu gehörten die Stärkung der Rolle der primären Gesundheitsversorgung, die Schaffung einer staatlich finanzierten Gesundheitsversorgung, die Einführung ergebnisorientierter Zahlungsregelungen und die Institutionalisierung der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit als Funktion, um die Gesundheitsversorgung mit anderen Ressorts und mit der Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Eine der wichtigsten Herausforderungen bestehe jedoch darin, sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme umfassend angelegt seien und den Bedürfnissen und Erwartungen der Menschen durch gemeinsame Maßnahmen gerecht würden. Die Redner schlugen eine Reihe von Schritten vor, die in dieser Hinsicht unternommen werden könnten, etwa die Schaffung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen stationären und ambulanten Systemen, die Förderung der häuslichen Pflege und der Sozialfürsorge, die Integration der Überwachung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten und der entsprechenden Gegenmaßnahmen sowie der Gesundheitsförderung, der Übergang von vertikalen Programmen zu breiter angelegten Konzepten für das Gesundheitssystem, die Beseitigung finanzieller Engpässe und die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung.

Das Bestreben, Effizienzsteigerungen herbeizuführen, wurde als geeignete Möglichkeit für die Umgestaltung der Gesundheitsdienste angesehen. Ein Delegierter berichtete, dass die

Leistungsbewertung für das Gesundheitssystem sich bewährt habe, und forderte das Regionalbüro eindringlich auf, die Arbeit auf diesem Gebiet fortzusetzen. Im Namen der Länder, die Mitglieder des SEEHN sind, erinnerte ein Delegierter daran, dass das Netzwerk die Selbstbewertung in Bezug auf grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen zwischen 2006 und 2010 in der Mehrzahl seiner Länder unterstützt habe.

In einer anderen Wortmeldung wurde die fehlende Erwähnung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen in dem vorliegenden Dokument bedauert und dann vorgeschlagen, dass die Europäische Region eine gemeinsame Resolution über öffentliche Gesundheit erwägen solle, die dem Exekutivrat 2016 unter einem vorhandenen Tagesordnungspunkt vorgelegt werde.

Die Delegation eines Landes berichtete, die Einleitung eines staatlichen Programms für eine allgemeine Gesundheitsversorgung, die durch eine substanzielle Erhöhung staatlicher Mittel für das Gesundheitssystem möglich geworden sei, habe gezeigt, dass sich für die Bevölkerung sehr schnell spürbare Verbesserungen erzielen ließen, wenn es der Staat insgesamt anstrebe, die Gesundheitsversorgung zugänglicher und bezahlbarer zu machen. In einer anderen Wortmeldung wurde von der Einrichtung eines Drittzahlersystems berichtet, und eine Delegation bezeichnete eine obligatorische Krankenversicherung als das Rückgrat einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Der Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen könne durch Finanzkrisen und wirtschaftliche Stagnation beeinträchtigt werden, doch es gebe gute ökonomische Argumente für die Eindämmung von Risiken und für Präventionsmaßnahmen.

Nichtübertragbare Krankheiten würden als die größte Herausforderung für die Nachhaltigkeit einer allgemeinen Gesundheitsversorgung angesehen. Eine Delegation schlug vor, dass die allgemeine Gesundheitsversorgung als die wichtigste Leitpriorität im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm der Organisation gelten könne, während eine andere dringend an die WHO appellierte, die allgemeine Gesundheitsversorgung auf der internationalen Ebene im Kontext der Entwicklungsagenda nach 2015 und der Ziele für eine nachhaltige Entwicklung zu propagieren.

In Bezug auf die erste Grundlage, die Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitsbereich, verwies ein Vertreter auf den Ärzte- und Pflegepersonal-mangel in seinem Land, der Folge einer hohen Auswanderungsrate sei, und sagte, dass ein Weg zum Festhalten an Mitarbeitern auch die Stärkung der Gesundheitssysteme sein könne oder ein besserer Qualifikationsmix und flexiblere Ausbildungssysteme, die sich schneller an den aktuellen Bedarf anpassen können. Ein weiterer Redner warb für eine Neuausrichtung der Funktionen, Kompetenzen und Berufsgefüge im Gesundheitsbereich und den Übergang zu einem Ansatz mit mehreren Berufsgruppen. Ein Delegierter berichtete, sein Land arbeite eng mit der Europäischen Kommission am Aktionsplan für das Gesundheitspersonal in der Europäischen Union, während ein anderer Delegierter von Aktivitäten zur Schaffung eines Observatoriums für Humanressourcen im Gesundheitsbereich sprach.

Bezüglich kosteneffektiver Arzneimittel und medizinischer Technik bemerkte ein Redner, dass zu hohe Preise für neue Arzneimittel sich negativ auf Chancengleichheit und Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem auswirken könnten. Eine sorgfältige Bewertung medizinischer Verfahren sei erforderlich, so dass therapeutischer Nutzen und Mehrwert im Vergleich zu vorhandenen Alternativen abgewogen werde. Ein integrierter Ansatz sei erforderlich, damit für pharmazeutische Produkte die richtige Balance zwischen Innovation

und Bezahlbarkeit gefunden werde. Die WHO wurde dazu aufgefordert, Führungsarbeit für die Annahme strategischer Beschaffungsmechanismen zu leisten.

Viele Redner befürworteten die Schaffung einer Europäischen Gesundheitsinformationsinitiative durch das Regionalbüro, baten alle Länder in der Europäischen Region eindrücklich um Teilnahme und lobten die Eröffnung eines neuen Webportals für statistische Daten samt Smartphone-App für Gesundheitsstatistik. In ähnlicher Weise begrüßten sie die Arbeit des Regionalbüros zur Gewinnung von Erkenntnissen für die Politikgestaltung im Rahmen des EVIPNet. Der Vertreter eines Landes berichtete von der Austragung einer Herbstschule für Gesundheitsinformationen. Ein weiterer Redner warb ganz im Sinne des ressortübergreifenden Ansatzes für die Förderung der Mitwirkung anderer Politikbereiche, nichtstaatlicher Organisationen, der Wissenschaft, der Forschung sowie der Privatwirtschaft an der Arbeit für die dritte Grundlage, die Gesundheitsinformationen. Es gebe Spielräume, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu erhöhen und die Verfügbarkeit von Daten sowie die Beobachtung der Wirkung von Konzepten zu verstärken.

Es wurde angeregt, dass das Regionalbüro und die Länderbüros die Mitgliedstaaten auf mehrere Weisen unterstützen sollten, etwa durch Erleichterung des Erfahrungsaustausches, Gewinnung neuer Erkenntnisse zu finanziellen Schutzmechanismen, Beratung für die Selbstbewertung, Veranstaltung hochwertiger Seminare und Flaggschiff-Lehrgänge, Beobachtung des finanziellen Schutzes und Aufzeigen von Wegen zu größerer Effizienz. In den Arbeitsbereich Stärkung der Gesundheitssysteme sollten alle maßgeblichen Aktivitäten und Programme der WHO integriert werden und das Sekretariat solle besser vermitteln, wie eine solche horizontale Arbeit gefördert werden könne. Es wurde die Erwartung geäußert, dass das ausgelagerte Fachzentrum für primäre Gesundheitsversorgung, wenn es erst einmal vollständig in Betrieb genommen sei, ein Katalysator für die Verwirklichung personenzentrierter Gesundheitssysteme sein könne.

Ein Vertreter der International Federation of Medical Students' Associations gab auch im Namen von Medicus Mundi International, der International Alliance of Patients' Organizations, der International Confederation of Midwives, dem International Council of Nurses, der World Federation of Occupational Therapists und der World Organization of Family Doctors eine Erklärung ab. Weitere Erklärungen wurden von Alzheimer's Disease International, dem European Forum for Primary Care, dem European Patients Forum, dem International Network of Health Promoting Hospital and Health Services und der World Federation of Societies of Anaesthesiologists abgegeben. Schriftliche Erklärungen wurden von der International Alliance of Patients' Organizations, der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, der International Confederation of Midwives, dem International Council of Nurses und der International Federation of Medical Students' Association eingereicht.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit dankte den Mitgliedstaaten und Partnern für ihre aktive Teilnahme am einjährigen Konsultationsprozess. In Beantwortung einer Redemeldung erläuterte er, dass die erste strategische Priorität, nämlich die Umformung der Gesundheitsdienste, auch kontinuierliche Versorgung und Grundfunktionen des Gesundheitswesens umfasse. Das Regionalbüro werde im nächsten Schritt Erkenntnisse zusammenstellen, wie Politikgestalter zu beraten und der Übergang zu personenzentrierten Gesundheitssystemen zu gestalten seien.

Die Regionaldirektorin teilte den Delegierten mit, dass das Regionalbüro weiter an einer angemessenen Antwort auf Migration und Gesundheit feile und dass sie beabsichtige, vor Jahresablauf eine Konferenz zu diesem Thema zu organisieren, damit die Antwort im Rahmen von öffentlicher Gesundheit und Gesundheitssystem geprüft werde und ein gemeinsames Vorgehen vereinbart werden könne. Die Generaldirektorin und die Global Policy Group seien mit ihr der Ansicht, dass die Kapazität eines Landes zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in seinem Gesundheitssystem verankert werden müsse. Sie bestätigte auch, dass Grundfunktionen des Gesundheitswesens vollständig in den Ansatz des Regionalbüros zur Stärkung der Gesundheitssysteme integriert seien. Auf die Wortmeldung einer Delegation hin teilte die Regionaldirektorin mit, dass nach den Beratungen auf der fünften Tagung des 22. SCRC der Generaldirektorin der Vorschlag unterbreitet worden sei, dem Exekutivrat unter einem vorhandenen Tagesordnungspunkt einen Resolutionsentwurf der Europäischen Region über bevölkerungsbezogene Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorzulegen. Sowohl die Generaldirektorin als auch sie selbst begrüßten diesen Vorschlag, der dem Ziel 3 für eine nachhaltige Entwicklung zuzuordnen sei und der mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung verknüpft sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete EUR/RC65/R5.

Abschlussbericht über die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) und Prüfung des Entwurfs des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)

(EUR/RC65/17 Rev.1, EUR/RC65/17 Add.1 Rev.2, EUR/RC65/R6)

In einer Video-Präsentation wurden die Erfolge im Rahmen des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) geschildert. Ferner wurden die wichtigsten Herausforderungen aufgezeigt, die gemäß dem Entwurf des neuen Aktionsplans in Angriff genommen werden sollen.

Der Sonderbeauftragte der Regionaldirektorin für multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose erklärte, seit der Annahme des Konsolidierten Aktionsplans im Jahre 2011 seien die Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose intensiviert worden. Infolgedessen sei die Inzidenz der Krankheit signifikant gesunken, und der Versorgungsgrad in Bezug auf die Therapie sei gestiegen. Das Regionalbüro für Europa habe die Länder bei der Bewältigung von durch ihre Gesundheitssysteme bedingten Hindernissen für die Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose unterstützt und eine Sammlung bewährter Praktiken erstellt.

Der kommissarische Leiter des Programms Tuberkulose und multiresistente Tuberkulose berichtete, dass dank des Konsolidierten Aktionsplans eine Million Tuberkulosepatienten geheilt und 200 000 Fälle von multiresistenter Tuberkulose abgewendet worden seien und dass so 2,6 Mio. Menschenleben gerettet und 11 Mrd. US-\$ eingespart worden seien. Doch auch wenn die Inzidenz der Tuberkulose um 6% pro Jahr – und damit schneller als in allen anderen WHO-Regionen – gesunken sei, so blieben dennoch eine Reihe von wesentlichen Herausforderungen bestehen, darunter die anhaltende Übertragung der multiresistenten Tuberkulose, die zunehmende Medikamentenresistenz und die Komorbidität mit HIV.

Der zur Annahme vorgelegte Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) sei durch einen regionsweiten Konsultationsprozess mit Vertretern von Mitgliedstaaten, Fach- und Geberorganisationen sowie Organisationen der Zivilgesellschaft und der Allgemeinbevölkerung ausgearbeitet worden. Im Einklang mit der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose beruhe der Entwurf des Aktionsplans auf drei Säulen: integrierte, patientenzentrierte Versorgung und Prävention; mutige Konzepte und unterstützende Systeme; und Intensivierung von Forschung und Innovation. Seine Zukunftsvision und seine Ziele und Vorgaben seien auch mit denen der globalen Strategie abgestimmt, auch wenn einige seiner Vorgaben ehrgeiziger seien als die in der globalen Strategie. In dem Aktionsplan der Europäischen Region werde auf die Ausweitung von Schnelldiagnosen, die Ausdehnung patientenzentrierter Versorgungsmodelle, kürzere und wirksamere Behandlungsverläufe, präventive Therapien, die Erforschung neuer Instrumente sowie einen bereichsübergreifenden Ansatz zur Beseitigung von Benachteiligungen gesetzt. Es werde davon ausgegangen, dass bis zum Auslaufen des Aktionsplans im Jahr 2020 3,1 Mio. Menschenleben gerettet, 1,4 Mio. Patienten geheilt, 1,7 Mio. neue Fälle verhindert und 48 Mrd. US-\$ eingespart würden.

Ein Mitglied des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses berichtete, der SCRC habe den Entwurf des Aktionsplans der Europäischen Region geprüft und sich dafür ausgesprochen, mehr Gewicht auf eine integrierte Versorgung und auf die Komorbiditäten, auf soziale Unterstützung für Tuberkulosepatienten mit Suchtproblemen und für Patienten im Strafvollzug sowie auf die Bedeutung der Berücksichtigung der Tuberkulose in der Debatte über Migration und Gesundheit zu legen. Der Ständige Ausschuss habe die regionsweiten Beratungen begrüßt, die bei den maßgeblichen Akteuren ein Gefühl der Eigenverantwortung in Bezug auf den Aktionsplan bewirken würden. Die Umsetzung des Plans werde dazu beitragen, die Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme aufrechtzuerhalten und auszuweiten und an den sozialen Determinanten von Gesundheit anzusetzen. Der SCRC befürworte daher den Aktionsplan und unterstütze die Annahme des dazu gehörigen Resolutionsentwurfs.

Eine Delegierte, die im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, erklärte, der Konsolidierte Aktionsplan (2011–2015) habe zu spürbaren Erfolgen in Form von Verbesserungen bei Diagnose und Behandlung sowie bei der Reduzierung der Inzidenz der Tuberkulose geführt. Diese Erfolge hätten zur Verwirklichung eines der Millenniums-Entwicklungsziele beigetragen. Doch es bestünden immer noch hartnäckige Herausforderungen, insbesondere die anhaltende Übertragung von MDR- und XDR-Tb, die zunehmende Medikamentenresistenz und die niedrigen Therapieerfolgsquoten. Ressortübergreifende Ansätze, eine integrierte Versorgung und eine engere Abstimmung mit sozialen Leistungen seien wichtig für die Prävention und Versorgung im Bereich der Tuberkulose; dies gelte insbesondere für Patienten mit Komorbiditäten. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria habe eine bedeutende Rolle bei der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region gespielt, doch nun sei es an der Zeit, dass die Länder die volle Verantwortung für nachhaltige Gegenmaßnahmen übernehmen und sie primär aus inländischen Mitteln finanzieren.

Unter den gegenwärtigen Umständen einer zunehmenden weltweiten Mobilität sei die Tuberkulose zu einer ernsthaften grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohung geworden, die eine Zusammenarbeit zwischen den Ländern mit dem Ziel einer schnellen Fallentdeckung und einer entsprechenden Behandlung der Patienten erforderlich mache. Der Beschluss Nr. 1082/2013/EU zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sei ein wesentliches Instrument im Hinblick auf die Reaktion der Länder auf die Krankheit. Die

Delegierte ermutigte das Regionalbüro, seine Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten fortzusetzen, namentlich im Bereich der Surveillance und des Meldewesens. Sie begrüßte auch den Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020), den sie als ein zentrales Handlungsinstrument für die Unterstützung und Begleitung der Maßnahmen der Länder zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose und zur Umsetzung der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose bezeichnete.

Auch andere Delegierte brachten ihre Unterstützung für den Entwurf des Aktionsplans zum Ausdruck und befürworteten vor allen dessen Schwerpunktlegung auf evidenzbasierte und kosteneffektive Diagnose- und Behandlungsmodelle und auf politische Entschlossenheit, Führungskompetenz sowie die Führung und hinreichende Finanzierung der Tuberkuloseprogramme. Zahlreiche Delegationen schilderten die Bemühungen ihrer Länder zur Prävention und Bekämpfung der Krankheit und boten an, über ihre Erfahrungen und bewährten Praktiken zu berichten.

Dabei wurde die Sicherstellung eines allgemeinen Zugangs zu wirksamen und bezahlbaren Präventions-, Diagnose- und Therapieangeboten als entscheidend für den Erfolg der Anstrengungen zur Beendigung der Tuberkulose in der Europäischen Region bezeichnet. Eine besonders wichtige Rolle spiele die Frage der Versorgung von erhöht anfälligen Bevölkerungsgruppen wie Einkommensschwachen, Migranten und Häftlingen, aber auch mit HIV lebenden Menschen. Von wesentlicher Bedeutung sei auch der Zugang zu neuen Medikamenten für die Behandlung von MDR- und XDR-Tb. Um an den sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Determinanten anzusetzen, die zur Ausbreitung und zum Weiterbestehen der Krankheit beitragen, seien ressortübergreifende Maßnahmen und umfassende gesamtstaatliche Konzepte für Gesundheit in allen Politikbereichen erforderlich. Ebenso sei auch eine Beteiligung der Bevölkerung sowie von Organisationen der Zivilgesellschaft notwendig.

In zahlreichen Wortmeldungen wurde die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Fallentdeckung und beim Umgang mit Patienten und Kontaktpersonen unterstrichen. Hier sei eine gemeinsame Antwort der Europäischen Region dringend geboten, insbesondere angesichts der in jüngster Zeit wachsenden Migrationsströme. So müssten Verfahren für eine Schnelluntersuchung von Migranten nach deren Ankunft entwickelt und gemeinsame Überweisungsverfahren sowie ein grenzüberschreitendes Management von Tuberkulose-Verdachtsfällen eingeführt werden. Darüber hinaus werde auch ein gemeinsames standardisiertes Informationssystem benötigt. Der Delegierte Italiens ermutigte das Regionalbüro, die Thematik der Gesundheit von Migranten und der grenzüberschreitenden Versorgung der Tuberkulosepatienten unter ihnen deutlicher im Entwurf des Aktionsplans zu verankern.

Der Delegierte der Slowakei berichtete von Bemühungen seines Landes, ein neues Kooperationszentrum der WHO für Tuberkuloseforschung einzurichten. Die Delegation Lettlands erinnerte an die Gemeinsame Erklärung von Riga über Tuberkulose und ihre multiresistenten Formen, die im März 2015 von den für Gesundheit zuständigen Ministern der EU-Staaten und der Länder der Östlichen Partnerschaft angenommen worden sei, die sich dazu verpflichtet hätten, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, um in ihren Ländern bis 2025 eine Reduzierung der Zahl der tuberkulosebedingten Todesfälle um 75% und eine Verringerung der Inzidenz der Tuberkulose um 50% zu erreichen.

An dieser Stelle wurden Erklärungen im Namen der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, der TB Europe Coalition und der European Respiratory Society abgegeben.

Der kommissarische Leiter des Programms Tuberkulose und multiresistente Tuberkulose begrüßte die zum Ausdruck gebrachte Unterstützung für den Entwurf des Aktionsplans und erklärte, trotz der guten Fortschritte bei der Bekämpfung der Krankheit in der Europäischen Region sei kein Platz für Selbstzufriedenheit. Der neue Aktionsplan könne nur dann Wirkung zeigen, wenn er auch umgesetzt werde. Er fügte hinzu, er habe die Rufe nach einer stärkeren Hervorhebung grenzüberschreitender Maßnahmen zur Kenntnis genommen. Dieser Aspekt werde in einer detaillierteren Fassung des Aktionsplans berücksichtigt, die gegenwärtig erstellt werde. Eine bereits bestehende elektronische Plattform könne die Kommunikation zwischen den Ländern erleichtern und zu mehr Kontinuität in der Versorgung der Patienten beitragen, die eine grenzüberschreitende Migration hinter sich haben. Er räumte die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zur Bewältigung von Defiziten bei Instrumenten zur Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb ein. Gleichzeitig komme es entscheidend darauf an, einen vernünftigen Umgang mit neuen Medikamenten sicherzustellen, um die Gefahr der Entstehung weiterer Medikamentenresistenzen zu minimieren. Wichtig sei auch eine Entstigmatisierung der Tuberkulose, damit die Patienten nicht davon abgehalten würden, ärztliche Hilfe zu suchen. Eine Reihe von Kooperationszentren – darunter eines in Aserbaidschan zur Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose in Haftanstalten und eines in Lettland, das Schulungen über das Management der multiresistenten Tuberkulose anbiete – könnten wesentlich dazu beitragen, den Ländern bei der Ausweitung der Prävention, Versorgung und Betreuung im Bereich Tuberkulose zu helfen.

Der Sonderbeauftragte der Regionaldirektorin für multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose lobte das Engagement und die Erfolge der Mitgliedstaaten. Dennoch müsse noch viel getan werden, um die MDR- und XDR-Tb zu bekämpfen und schließlich in der Europäischen Region insgesamt zu eliminieren. Der Kampf gegen die Tuberkulose müsse in Verbindung mit der Reform der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsversorgung sowie mit der Stärkung evidenzbasierter und bürgernaher Versorgungsmodelle geführt werden.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt bestätigte die Notwendigkeit abgestimmten Handelns und wies darauf hin, dass die Fortschritte der Europäischen Region auf dem Weg zur Beseitigung der Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Tuberkulose die zentrale Rolle der Gesundheitssysteme bei der Umsetzung von Maßnahmen verdeutlichten, die ein krankheitsspezifisches Programm allein nicht durchführen könne.

Die Regionaldirektorin erinnerte daran, dass sie 2010 ein Sonderprogramm eingerichtet und einen Sonderbeauftragten für Tuberkulose eingesetzt habe, weil die Krankheit damals eine echte Notlage für die Europäische Region dargestellt habe. Aufgrund der inzwischen erzielten Fortschritte werde das Sonderprogramm nun nicht mehr benötigt. Seine Einstellung dürfe jedoch keineswegs so verstanden werden, als sei Tuberkulose damit keine Priorität für das Regionalbüro mehr. Vielmehr seien bereits Schritte unternommen worden, um das Tuberkuloseprogramm innerhalb der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt zu stärken.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC65/R6.

Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region

(EUR/RC65/14, EUR/RC65/Inf.Doc./1)

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen wies bei seiner Einführung in den Tagesordnungspunkt darauf hin, dass das Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./2 einen Überblick über die Umsetzung des Programmhaushalts (PB) 2014–2015 in der Europäischen Region der WHO gebe, während das Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./1 den Plan für die Umsetzung des PB 2016–2017 in der Europäischen Region nach Kategorie präsentiere. Er werde sich in seiner Präsentation primär mit den Lehren aus der Umsetzung des PB 2014–2015 und deren Zusammenhängen mit dem PB 2016–2017 befassen.

Der genehmigte PB 2014–2015, der sich auf insgesamt 225 Mio. US-\$ belaufe, sei aktuell zu 108% finanziert, während die zugewiesenen Haushaltsmittel (253 Mio. US-\$) zu 99% finanziert seien. Als neue Merkmale des PB 2014–2015 seien zu nennen, dass dieser in seiner Gesamtheit (d. h. ordentliche wie freiwillige Beiträge) angenommen worden sei und dass er einen Finanzierungsdialog mit den Gebern beinhalte. Für das Regionalbüro habe der PB 2014–2015 im Vergleich zum vorigen Haushaltszeitraum eine Erhöhung seines Anteils an den organisationseigenen Mitteln um 9% gebracht und ihm damit mehr Flexibilität, eine gleichmäßigere Mittelausstattung in den verschiedenen Kategorien und weniger „Armutinseln“ beschert. Die Personalkosten seien gegenüber dem Haushaltszeitraum 2012–2013 um 10% gesenkt worden, und es gebe kein Defizit bei den Gehältern.

Die Umsetzung des PB 2014–2015 bleibe aktuell noch hinter den Erwartungen zurück; dies sei auf den Zeitpunkt der Verfügbarkeit der Mittel, die Stärke des US-Dollar und die niedrigeren Personalkosten, aber auch auf die langsame Umsetzung von Januar bis Juni 2014 infolge der Notmaßnahmen wegen der Ebola-Krise zurückzuführen. Das Sekretariat habe einen Umsetzungsplan erstellt und setze diesen bereits um, und die Situation sei dabei, sich zu verbessern.

Der PB 2014–2015 und der PB 2016–2017 stünden in engem Zusammenhang miteinander. Denn es herrsche Kontinuität nicht nur hinsichtlich der Prioritäten (wenn auch mit insgesamt weniger Prioritäten im PB 2016–2017), sondern auch in Bezug auf die Rechenschaftspflicht des Regionalbüros gegenüber den Mitgliedstaaten für Programme und Haushalt. In dem neuen „Kontrakt“ werde der Beitrag der Europäischen Region zu der globalen Ergebniskette und den globalen Indikatoren detailliert erläutert, und zwar in Bezug auf die Resultate (gemeinsame Verantwortung von Mitgliedstaaten und Sekretariat) und die Outputs (ausschließliche Verantwortung des Sekretariats). Der daraus resultierende Programmhaushalt werde als realistisch angesehen, da er im Einklang mit dem zugewiesenen PB 2014–2015 wie auch dem finanzierten PB 2014–2015 stehe.

In der anschließenden Diskussion begrüßte ein Delegierter die Fortschritte bei der Finanzierung des PB 2014–2015 in Bezug auf Vorhersehbarkeit, Rechtzeitigkeit und Nachhaltigkeit. Er wies auf den relativ hohen Anteil der Kategorie 6 (Organisatorische und befähigende Funktionen) am PB 2016–2017 hin: 60 Mio. US-\$, ein Anstieg um 6 Mio. US-\$ gegenüber dem PB 2014–2015, und 25% des Gesamtvolumens des Programmhaushalts. Die der Kategorie 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf) zugewiesenen Mittel könnten als Gesamtindikator für den Erfolg der WHO angesehen werden, da die Kategorie 3 direkt mit den Zielen für eine nachhaltige Entwicklung verknüpft sei.

Ein anderer Delegierter wies darauf hin, dass Ende März 2015 der zugewiesene PB 2014–2015 für das Regionalbüro zu 93% finanziert gewesen sei, und erkundigte sich nach dem aktuellen Stand. Ferner wollte er wissen, wie sich die geplante Erhöhung des PB 2016–2017 um 9% bzw. 20 Mio. US-\$ gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2014–2015 auf die Personalplanung auswirke. Die WHO sei auf der globalen Ebene bei den freiwilligen Beiträgen auf eine relative kleine Zahl von Gebern angewiesen; dies werfe die Frage auf, wie die Situation der Europäischen Region in dieser Hinsicht aussehe. Schließlich erkundigte er sich auch nach dem Stand der Diskussion über eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge der Mitgliedstaaten.

Eine andere Delegation bat um Klarstellung hinsichtlich der Feststellung im Plan für die Umsetzung des PB 2016–2017 in der Europäischen Region, dass ein erheblicher Teil der Länderarbeit des Regionalbüros von dessen fachlichem Personal bei der Zentrale in Kopenhagen erledigt werde, insbesondere für jene Länder, in denen es keine Länderbüros gibt.

Die Delegierte eines anderen Landes begrüßte die detaillierteren Kostenkalkulationen und die stärkere Verknüpfung zu einer leistungsorientierten Führung im PB 2016–2017 und fragte, wie zuversichtlich das Sekretariat sei, dass der für die Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ veranschlagte Etat angemessen sei, und wie es die noch bestehenden „Armutinseln“ und die politisch sensiblen Bereiche in Angriff nehmen wolle. Beim PB 2014–2015 sei die Verzögerung der Umsetzungsrate mit den Auswirkungen der Maßnahmen zur Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs begründet worden, doch im Rückblick seien offenbar doch eher alt vertraute Ursachen verantwortlich, etwa das Fehlen fachlicher Kapazitäten auf der Länderebene und der verzögerte Eingang der Mittel aus dem WHO-Hauptbüro. Sie stellte die Frage, was das Sekretariat zur Einbeziehung solcher Faktoren getan habe, welche Umsetzungsrate bis Ende des Haushaltszeitraums zu erwarten sei und welche Pläne es für die Bewältigung der zu Beginn des neuen Haushaltszeitraums zu erwartenden Engpässe gebe.

Ein weiterer Delegierter fragte, inwiefern sich die geplante Erhöhung des PB 2016–2017 um 10% gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Programmhaushalt auf die Finanzmittel und die Umsetzungsrate in Programmbereichen auswirken werde, die weitgehend auf flexible Finanzmittel angewiesen seien. Außerdem wollte er wissen, wie sich die Begrenzung der Anhebung der Haushaltsobergrenzen auf 5% bei den globalen Kategorien auf die Mittelbeschaffung und die Umsetzungsrate in den Regionen auswirke. Er lobte die verbesserte Transparenz im PB 2016–2017, durch die die Abstimmung zwischen der globalen Ebene der WHO und der Ebene der Regionen verbessert und die Rechenschaftspflicht des Regionalbüros in Bezug auf die von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Prioritäten ausgeweitet werde.

In Beantwortung der gestellten Fragen erklärte der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen, die Generaldirektorin sei befugt, bis zu 5% des genehmigten Programmhaushalts zwischen den Kategorien zu verschieben. Die wesentliche Erhöhung der Mittel für die Kategorie 6 im PB 2016–2017 sei auf der Grundlage der 2012 von der Gemeinsamen Inspektionsgruppe der Vereinten Nationen ausgesprochenen Empfehlungen aus der Bestandsaufnahme von Führung, Verwaltung und Dezentralisierung in der WHO erfolgt. Demnach würden künftig alle Leiter der Länderbüros in Ländern außerhalb der EU international angeworbene Repräsentanten der WHO (WR) sein, und die administrative Unterstützung auf der Länderebene werde gestärkt. Die Erfahrungen aus dem ersten Finanzierungsdialo g der WHO sprächen für eine frühzeitigere Anwerbung von Mitarbeitern

in Zukunft. Der Vorschlag der Generaldirektorin über eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge werde nicht mehr in Erwägung gezogen. Das Regionalbüro versuche, die Bereitstellung von Leistungen für die Länder durch in Kopenhagen und in seinen ausgelagerten Fachzentren angesiedelte Mitarbeiter monetär zu beziffern. Der Etat für die Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ habe nur annähernden Charakter und könne je nach Verlauf der Ereignisse jederzeit erhöht oder reduziert werden. Die „Armutinseln“ würden durch eine frühzeitigere Einstellung von Mitarbeitern und die Zuweisung flexibler Mittel in Angriff genommen. Trotz der Hindernisse aufgrund von vertrauten Ursachen sei zu erwarten, dass bis zum Ende des aktuellen Haushaltszeitraums eine Umsetzungsrate von 90% erreicht werde. Um schon zu Beginn des Haushaltszeitraums 2016–2017 schnell in Gang zu kommen, werde die erste Tranche der Mittel nach dem zweiten Finanzierungsdialo g im November oder Dezember 2015 zugewiesen.

Die Regionaldirektorin bestätigte, dass der Personalplan 2016–2017 für die Europäische Region im Oktober oder November 2015 fertig gestellt werde. Das besondere Geschäftsmodell der Europäischen Region mit einer Verflechtung der Arbeit des Regionalbüros und der Länderbüros werde aufrechterhalten, doch das Personal in den Ländern werde durch Ernennung international angeworbener Leiter und stellvertretender Leiter für die Länderbüros in den größeren Ländern gestärkt; ferner würden auch fachliche Mitarbeiter mit generischen Fähigkeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie international angeworbenes Verwaltungspersonal eingestellt. Wie in anderen WHO-Regionen werde die Erfüllung von Outputs des Programmhaushalts mit dem Leistungsmanagement und dem Fortbildungssystem der Organisation verknüpft. Die Regionaldirektorin bestätigte auch, dass eine Umsetzungsrate von 90% realistisch sei und dass das Regionalbüro alles in seinen Kräften Stehende tun werde, um dies zu erreichen.

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

(EUR/RC65/6)

Das Mitglied des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses, das als Bindeglied zwischen dem Exekutivrat und dem SCRC fungiert, erläuterte kurz die Konsequenzen der Resolutionen und Beschlüsse der 68. Weltgesundheitsversammlung für die Europäische Region.

In Kategorie 1 (Übertragbare Krankheiten) sei die Resolution WHA68.2 über die Globale Fachstrategie und die Zielvorgaben für Malaria (2016–2030) mit Blick auf die Zielvorgabe zur Eliminierung der Malaria in der Europäischen Region von Bedeutung. Im Falle der Resolution WHA68.6 über den globalen Impfkaktionsplan gelte es, die Impfprogramme in der Europäischen Region weiter zu stärken, um die noch ungelösten Probleme in Bezug auf das Impfwesen – Impfskepsis, Ausbrüche impfpräventabler Krankheiten wie Masern und Röteln sowie mangelndes Engagement der Politik – in Angriff zu nehmen.

In Kategorie 2 (Nichtübertragbare Krankheiten) stehe die Resolution WHA68.19 über die Ergebnisse der Zweiten Internationalen Ernährungskonferenz im Einklang mit in der Europäischen Region bereits ergriffenen Maßnahmen. Bei diesen solle ein besonderes Augenmerk auf die Bereitstellung fachlicher Hilfe für die Abstimmung mit Organisationen der Vereinten Nationen und mit Partnerorganisationen bei der Entwicklung eines Rahmens für die Rechenschaftslegung gerichtet werden.

Mit Blick auf Kategorie 5 (Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen) würden in der Resolution WHA68.3 und dem Beschluss WHA68(9), die sich beide mit Poliomyelitis befassen, eine Unterbindung der Übertragung des Polio-Wildvirus und eine Unterstützung der Endspielstrategie für Polio gefordert. Dies sei für die Europäische Region vor allem im Lichte des jüngsten Polioausbruchs in der Ukraine von erheblicher Bedeutung. Die Resolution WHA68.7 über den Globalen Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen, der mit dem Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen in der Europäischen Region übereinstimme, werde dazu beitragen, die derzeitige Entwicklung innerhalb der Region auf diesem Gebiet – und speziell die Entwicklung von ressortübergreifenden Mechanismen und Surveillance-Netzwerken in den Ländern – zu beschleunigen.

Eine Delegation begrüßte die Anstrengungen des Regionalbüros zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen und die Ausweitung der vorhandenen Surveillance-Netzwerke für antimikrobielle Resistenzen und erklärte, es solle vor allem angestrebt werden, die Ausarbeitung, Umsetzung und Überwachung nationaler Aktionspläne zu unterstützen und die ressortübergreifende Zusammenarbeit zu intensivieren.

Globale Strategien des Gesundheitswesens zur Bekämpfung von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen

(EUR/RC65/Inf.Doc/3)

Der für die Bekämpfung von HIV/Aids und das Globale Hepatitis-Programm zuständige Direktor beim WHO-Hauptbüro berichtete von erheblichen Fortschritten bei der Fertigstellung der drei getrennten, jedoch inhaltlich miteinander verknüpften Strategien zur Bekämpfung von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragenen Infektionen, deren Zielsetzung darin bestehe, bis 2030 die AIDS-Epidemie zu beenden und auch die ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch sexuell übertragene Infektionen und Virushepatitis abzuwenden. Er schilderte positive Beispiele von Maßnahmen einiger Länder der Europäischen Region zur Erreichung dieser Ziele und skizzierte die fünf strategischen Stoßrichtungen, die bei den drei Strategien dem jeweiligen Handlungsrahmen auf der Ebene der Länder, der Partnerorganisationen und der WHO zugrunde lägen, nämlich: Informationen für die Ausrichtung und Rechenschaftslegung; Interventionen für die Erzielung von Wirkung; Leistungserbringung für mehr Qualität und Chancengleichheit; Finanzierung für mehr Nachhaltigkeit; und Innovation zwecks Beschleunigung.

Dabei seien für das Jahr 2030 Zielvorgaben für die Bekämpfung von HIV in den Bereichen Prävention und Behandlung und für die Reduzierung der Zahl der Todesfälle sowie entsprechende Vorgaben für die Inzidenz und Mortalität von Virushepatitis und für die Inzidenz und Prävention sexuell übertragbarer Infektionen festgelegt worden.

Das Regionalkomitee werde ersucht, die Konsequenzen globaler Strategien für das Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region zu prüfen und die Frage zu beantworten, wie die Mitgliedstaaten, die Partnerorganisationen und die maßgeblichen Interessengruppen in der Europäischen Region am wirksamsten in die Umsetzung dieser Strategien in den Ländern eingebunden werden könnten und ob für eine realistische und rechtzeitige Umsetzung der Strategien jeweils ein Aktionsplan der Europäischen Region erforderlich sei. Er dankte den Mitgliedstaaten für ihre aktive Beteiligung an der Ausarbeitung der Strategien und für die bereits in den Online-Konsultationen geleisteten Beiträge.

Eine Delegation machte darauf aufmerksam, wie umfangreich und schnell die Reaktion sein müsse, um Aids bis 2030 zu beenden, und begrüßte angesichts der besorgniserregenden Ausbreitung der Epidemie unter den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen in der Europäischen Region vor allem die auf diese Gruppen bezogenen Empfehlungen in dem Bericht des UNAIDS und der Lancet Commission über die Überwindung von Aids. Um an Aids erkrankten Menschen einen Zugang zu den benötigten Leistungen zu sichern und ihrer Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken, müsse die WHO ihr aktives Engagement bei der Ausarbeitung eines soliden Überwachungsrahmens fortsetzen, der für die Erfassung evidenzbasierter Informationen sowie für Entscheidungsprozesse unverzichtbar sei.

An dieser Stelle wurden Erklärungen im Namen der World Hepatitis Alliance und der AIDS Healthcare Foundation Europe abgegeben.

Als Reaktion auf die Wortmeldungen wies der für die Bekämpfung von HIV/Aids und das Globale Hepatitis-Programm zuständige Direktor auf die Ähnlichkeit der Übertragungswege der von den drei Strategien bekämpften Krankheiten hin, für die die erwähnten Bevölkerungsgruppen besonders anfällig seien. Es bestehe die Hoffnung, dass die Strategien zum Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung – einem Bereich mit noch erheblichem Handlungsbedarf – beitragen und mit den Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme abgestimmt würden.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt fügte hinzu, dass die undiagnostizierten Fälle von HIV/Aids sowie verspätete Diagnosen wesentliche Auswirkungen auf die gesundheitlichen Resultate hätten; Gleiches gelte auch für die Tatsache, dass nicht alle Fälle ordnungsgemäß behandelt würden. Die Behandlungskaskade im Bereich HIV diene als nützliches Instrument, und der Europäische Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) habe den Weg zu evidenzbasierten Handlungskonzepten gewiesen, die ein Engagement und konzertierte Anstrengungen zur Einbeziehung besonders anfälliger Bevölkerungsgruppen erforderlich machten.

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und die Bewertung und Überwachung der Kernkapazitäten

(EUR/RC65/Inf.Doc/4)

Die Koordinatorin für die Unterstützung der Bewertung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von IGV-Kernkapazitäten hob die zentrale Bedeutung des Aufbaus von IGV-Kernkapazitäten im Lichte der Rolle der IGV für die globale Gesundheitssicherheit hervor und berichtete, der Prüfungsausschuss zur Frage einer zweiten Fristverlängerung für die Einrichtung nationaler Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit und zur Umsetzung der IGV sei zu dem Schluss gekommen, dass die durch den bestehenden IGV-Kontrollrahmen erhaltenen Daten nur begrenzten Aufschluss über die Funktionalität von Systemen auf der Länderebene gäben. Die Vielzahl der von ihm später empfohlenen Ansätze für eine kurz- und längerfristige Bewertung der IGV-Kernkapazitäten schließe Maßnahmen zur Stärkung des Selbstbewertungssystems, zur Durchführung detaillierter Untersuchungen zu signifikanten Krankheitsausbrüchen und schließlich auch zur Verknüpfung von Selbsteinschätzung, fachlicher Begutachtung und freiwilligen externen Evaluationen durch eine Gruppe aus einheimischen und unabhängigen Experten ein.

Die Grundsätze, die für einen Überwachungsplan für die IGV in der Zeit nach 2016 entwickelt worden seien, würden in dem Dokument EUR/RC65/Inf.Doc/4 erläutert und sollten aktualisiert und zusammen mit entsprechenden Instrumenten und Protokollen der 138. Tagung des Exekutivrates im Januar 2016 zur Annahme vorgelegt werden. Wenn die Instrumente und Protokolle fertig gestellt und erprobt worden seien, werde der Überwachungs- und Evaluationsrahmen für die IGV der 69. Weltgesundheitsversammlung zur Annahme vorgelegt.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt appellierte mit Blick auf das regionsweite webgestützte Konsultationsverfahren an die Mitgliedstaaten, bis zum Ablauf der erweiterten Frist Mitte Oktober 2015 ihre Stellungnahmen zu übermitteln und Ende Oktober an einem dieser Thematik gewidmeten Workshop teilzunehmen. Insgesamt gesehen nähmen die Kapazitäten der Europäischen Region zu, auch wenn in der Datenerhebung Verbesserungen notwendig seien; ferner verfüge die Region über ein aktives Netzwerk der nationalen IGV-Anlaufstellen. Doch viele Regierungen seien sich der Rechtsverbindlichkeit der IGV und der Notwendigkeit der Ausweitung ressortübergreifender Maßnahmen zu ihrer Umsetzung nicht bewusst. 2014 hätten insgesamt zehn Mitgliedstaaten Fristverlängerungen benötigt. Aufgrund des Engagements der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros für die IGV-Thematik verfüge die Europäische Region über eine gute Ausgangsposition, um neue Konzepte für die Überwachung und Bewertung der Umsetzung der IGV zu entwickeln.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, begrüßte die Vorschläge für die Ausweitung der Umsetzung der IGV und für die Umsetzung der Empfehlungen des Prüfungsausschusses. Er fügte hinzu, dass sich die EU-Staaten gerne an der Entwicklung oder Erprobung standardisierter, transparenter und zuverlässiger Instrumente für die Bewertung der Umsetzung der IGV beteiligen würden, und sprach sich auch für Echtzeitübungen auf der regionsweiten Ebene aus. Darüber hinaus sei der Beschluss Nr. 1082/2013/EU zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren ein wesentliches Instrument im Hinblick auf die Koordinierung der Bereitschaftsplanung. Die Regionalbüros der WHO müssten zur Umsetzung der IGV beitragen, indem sie sich für die stärker funktionsorientierten unabhängigen Evaluationen einsetzten, die zusammen mit einer kontinuierlichen Orientierungshilfe und Unterstützung durch das WHO-Hauptbüro den Ländern dabei behilflich sein würden, Defizite zu ermitteln und entsprechend zu planen. Die Heranziehung externer Experten könne auch im Falle regionsweiter Bewertungen erwogen werden. Die Mitgliedstaaten freuten sich darauf, mehr über die derzeit von der Regionaldirektorin entwickelten Pläne in dem entscheidend wichtigen Bereich der Bewertung der IGV zu erfahren.

Zahlreiche Delegationen schlossen sich diesen Aussagen an und forderten dringend eine Fortsetzung der Zusammenarbeit zur Stärkung der IGV-Kernkapazitäten, auch durch Austausch von Informationen und vorbildlichen Praktiken. Ebenso müsse eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit für wirksame Interventionen im Katastrophenfall auf allen Ebenen entwickelt werden, also auch im gesamten System der Vereinten Nationen; dies müsse durch gemeinsame Bereitschaftsübungen auf der regionsweiten und der globalen Ebene geschehen. Auch die Stärkung der Gesundheitssysteme spiele in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle.

Die Delegation Frankreichs wies auf eine für März 2016 geplante internationale Konferenz über die Überwachung und Berichterstattung über die IGV hin, die in Zusammenarbeit mit

der WHO und anderen Partnern in Lyon organisiert werde. Ein finnischer Delegierter schilderte den erfolgreichen Verlauf der Erprobung eines freiwilligen externen Bewertungsmodells für die Länder, das auf fachlicher Begutachtung basiere und das zur Gewinnung eines Überblicks über die Bereitschaftskapazitäten entwickelt worden sei. Zusammen mit messbaren Zielvorgaben würden die mittels solcher Methoden erhaltenen Informationen in die Ausarbeitung von Länderplänen einfließen, zu denen auch die WHO-Länderbüros und die Partner in der Entwicklungsarbeit beitragen würden. Es wurde hervorgehoben, dass die im Rahmen der Globalen Gesundheitsschutzagenda durchgeführten Bewertungen nicht als Ersatz für Berichterstattung gemäß den IGV gedacht seien.

Ein Vertreter Italiens unterstrich die wesentliche Rolle der IGV bei gesundheitlichen Notlagen, wie sie etwa durch die aktuelle Migrationskrise entstünden. Diese Notlagen würden als Labor für die Untersuchung der Umsetzung der IGV und für die Überwachung der Kernkapazitäten dienen. Sein Land sei fest entschlossen, die Gesundheit der Migranten zu verbessern, und stehe für die Ausrichtung der vor Ende 2015 geplanten Konferenz zum Thema Migration und Gesundheit bereit. Ein Delegierter der Schweiz erklärte, sein Land sei dafür gerüstet, die Mitgliedstaaten beim Aufbau ihrer Kernkapazitäten zu unterstützen, und appellierte an die WHO, in den Regionen und auf der globalen Ebene Aktionspläne mit dieser Zielsetzung zu entwickeln und aufeinander abzustimmen. In diesem Zusammenhang wären externe Bewertungen einer Standardisierung der Kapazitäten auf diesen beiden Ebenen zuträglich. Die Schweiz ermutige die Mitgliedstaaten zur Beteiligung an dem Kooperationsabkommen zur Prävention und Bewältigung von die öffentliche Gesundheit betreffenden Ereignissen in der Zivilluftfahrt (CAPSCA) sowie zu einem Beitrag an dessen Finanzierung. Im Rahmen ihres Beitrags zur Globalen Gesundheitsschutzagenda habe sie auch ein Programm für den Kapazitätsaufbau entwickelt, das staatlichen Experten bei der Bewältigung von Gesundheitskrisen helfen solle.

Ein Delegierter, der im Namen der Länder des SEEHN das Wort ergriff, erklärte, dass in den Gesundheitsschutzkonzepten dieser Länder Defizite in Bezug auf die Gesundheit von Migranten ermittelt worden seien. Deshalb seien dort inzwischen Bemühungen im Gange, die entsprechenden Protokolle zu standardisieren und die Abstimmungsmaßnahmen sowie die Gesundheitsinformationssysteme in diesem Bereich zu stärken. Ein Beitrag der WHO zu dieser Thematik sei willkommen, und angesichts der jüngsten Entwicklungen im Bereich der Migration sei auch Hilfe von weiteren Gebern wünschenswert.

Die Koordinatorin für die Überwachung der Bewertung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von IGV-Kernkapazitäten dankte den Delegationen für ihre Stellungnahmen, die gut an die Anstrengungen für ein gemeinsames Vorantreiben der Thematik anknüpften. Das Regionalbüro begrüße die Ausdehnung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Akteuren zur Verbesserung der Umsetzung der IGV und erkenne die bedeutende Rolle von Länder-Netzwerken und grenzüberschreitenden Gesundheitsinitiativen auf diesem Gebiet an. Es wisse auch die guten Absichten zu schätzen, die bei der Ausweitung der Melde- und Berichterstattungsverfahren unter Beweis gestellt worden seien.

Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erläuterte, es werde angestrebt, ein Gleichgewicht zwischen der fachlichen Begutachtung und anderen Bewertungsverfahren herbeizuführen und die Berichterstattung zu fördern. Die WHO arbeite bereits zusammen mit Gremien der zivilen Luftfahrt an geeigneten Verfahren für Ankunftshäfen. Er rief die erfahrenen Mitgliedstaaten dazu auf, mit ihren Fähigkeiten dabei behilflich zu sein, die genannten Bereitschaftsübungen vorzubereiten, und fügte hinzu, dass

auch die Globale Gesundheitsschutzagenda nützliche Werkzeuge beinhalte, die in der Europäischen Region weiter erprobt werden sollten.

Die Regionaldirektorin erklärte, dass es für die Europäische Region eine neuartige Erfahrung sein werde, die derzeit in Entwicklung befindlichen Werkzeuge und Protokolle zu erproben. Sie bedankte sich bei Frankreich für die Ausrichtung einer internationalen Konferenz über die Überwachung und Berichterstattung im Bereich der IGV im März 2016 sowie einer weiteren Tagung zu der Thematik im Juni 2016. Ebenso dankte sie Italien für sein Angebot zur Ausrichtung einer internationalen Konferenz über die Gesundheit von Migranten im Jahr 2015.

Globale Strategien für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung und für die Ausbildung von Gesundheitspersonal

(EUR/RC65/Inf.Doc/5)

Der Exekutivdirektor der Global Health Workforce Alliance beim WHO-Hauptbüro stellte die Globale Strategie für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung sowie die Globale Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal („Workforce 2030“) vor, die beide im Zuge eines umfassenden und breit angelegten Konsultationsverfahrens ausgearbeitet worden seien, zu dem die Europäische Region jeweils maßgeblich beigetragen habe. Die beiden Strategien seien Bestandteil eines erneuerten Ansatzes zur Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage einer bürgernahen, allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Die Globale Strategie für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung sei in Anlehnung an die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand ausgearbeitet worden und enthalte strategische Ziele für die Überprüfung von Versorgungsmodellen und die Erneuerung der primären Gesundheitsversorgung.

Die Globale Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal: Workforce 2030 sei in den vergangenen zwei Jahren unter gebührender Berücksichtigung der Grundsätze einer hochwertigen Gesundheitsversorgung entwickelt worden. Sie habe sich an dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und den Maßnahmen für dessen Umsetzung sowie an der Gemeinsamen Maßnahme der Europäischen Union für die Planung und Prognose des Bedarfs an Fachkräften im Gesundheitswesen orientiert. In der Globalen Strategie werde die Bedeutung datengestützter und evidenzbasierter Konzepte und Praktiken unterstrichen. Die Europäische Region sei aufgrund des Verhaltenskodexes bereits führend auf dem Gebiet der Informationen über Fachkräfte im Gesundheitswesen. Die Strategie basiere auch auf der Erkenntnis, dass das Gesundheits- und Sozialwesen einen zunehmend wichtigen Anteil des Wirtschaftswachstums und des Arbeitsmarktes ausmachten. Sie nehme auch auf die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (EPHO) Bezug, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der Leistungsfähigkeit und Bereitschaftsplanung in den Gesundheitssystemen.

Jene Mitgliedstaaten, die noch keinen Bericht über die Umsetzung des Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften vorgelegt hätten, würden eindringlich gebeten, dies nachzuholen, da die in solchen Berichten enthaltenen Informationen auch in den nächsten Entwurf der Globalen Strategie einfließen würden. Die Mitgliedstaaten würden über die Rückmeldungen zu dem Entwurf und die daraus resultierenden Überarbeitungen der Strategie auf dem Laufenden gehalten.

In der anschließenden Aussprache begrüßten die Mitgliedstaaten die bei der Ausarbeitung der beiden neuen Strategien erzielten Fortschritte. Es wurden Bedenken geäußert, dass die Zielvorgaben in den beiden Strategien nicht aufeinander abgestimmt seien. Denn während die Globale Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal: Workforce 2030 zeitgebundene Vorgaben enthalte, sei dies bei der Globalen Strategie für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung nicht der Fall. Für die Messung der Fortschritte sei eine klare Methodik erforderlich. Für beide Strategien würden integrierte und ausgewogene Indikatoren benötigt, die aus der Perspektive einer allgemeinen Gesundheitsversorgung entwickelt werden müssten. Eine Delegierte erklärte, zwar befürworte die Regierung ihres Landes die Bereitstellung ausreichender Mittel für die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften und deren Bindung, doch gingen konkrete Vorgaben für die Zuweisung eines bestimmten Anteils am Bruttoinlandsprodukt für Ausbildung, Gewinnung, Einsatz und Bindung von Gesundheitspersonal unzulässig weit ins Detail. Die Mittel kämen aus einer Vielzahl von Finanzquellen und Haushaltslinien und seien deshalb schwierig zu messen. Sie stellte auch die Vorgabe in Frage, wonach 25% der Entwicklungshilfe für das Gesundheitswesen in den Bereich Gesundheitspersonal fließen sollen.

In anderen Wortmeldungen wurde angeregt, dem Profil der künftigen Fachkräfte im Gesundheitswesen und damit der Erfüllung der sich verändernden Anforderungen der Bevölkerung mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei müsse eine engere Verknüpfung zum Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften geschaffen werden. Auch müsse ein größeres Gewicht auf die Abstimmung mit anderen Organisationen gelegt werden, die sich mit Gesundheitsinformationen befassen, etwa der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und dem Eurostat.

Der Exekutivdirektor der Global Health Workforce Alliance beim WHO-Hauptbüro versicherte, die Bedenken der Mitgliedstaaten hinsichtlich der Zielvorgaben würden berücksichtigt. Zusammen mit der Weltbank werde angestrebt, Daten über Gesundheitskonten zu prüfen und die ungefähren Kosten abzuschätzen, die für die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung anfallen würden. Die WHO arbeite bereits eng mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und dem Eurostat zusammen und wolle diese Kooperation künftig noch intensivieren. Die Vorgabe für den Beitrag der Entwicklungshilfe zur Beschäftigung im Gesundheitswesen gehe auf ein Papier der Weltbank über innovative Finanzierung zurück.

Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Die Regionaldirektorin begrüßte den Europäischen Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und erklärte, das Regionalbüro und die Europäische Kommission hätten seit der Unterzeichnung einer gemeinsamen Erklärung im Jahr 2010 ihre Zusammenarbeit zu einer Reihe von Themen ausgeweitet, darunter die Bereiche Gesundheitssicherheit, antimikrobielle Resistenzen, Datenaustausch, nichtübertragbare Krankheiten und die Folgen sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten für die öffentliche Gesundheit. Ihre Zusammenarbeit sei darauf ausgerichtet gewesen, Doppelarbeit bei der Berichterstattung zu vermeiden und mit vereinten Kräften die Mitgliedstaaten effizienter zu unterstützen, und habe die Erschließung beträchtlicher Synergieeffekte in entscheidenden Bereichen ermöglicht.

So könne sie mit Freude vermelden, dass sie mit dem Kommissar eine neue gemeinsame Erklärung¹ unterzeichnet habe, in der sich das Regionalbüro und die Europäische Kommission zur Zusammenarbeit in sechs vorrangigen Handlungsfeldern verpflichteten: Innovation und Gesundheit; Gesundheitssicherheit; Erneuerung und Vernetzung des öffentlichen Gesundheitsinformationssystems; gesundheitliche Ungleichheiten; Stärkung der Gesundheitssysteme; und chronische Krankheiten. Der Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit habe nicht nur die Bedeutung wirksamer, effizienter und widerstandsfähiger Gesundheitssysteme unterstrichen, sondern auch die Notwendigkeit verdeutlicht, dafür zu sorgen, dass die Mitgliedstaaten über die in den IGV (2005) genannten Kernkapazitäten verfügen, ohne die eine echte Gesundheitssicherheit nicht erreicht werden könne. Auch auf dieses Ziel müssten das Regionalbüro und die EU-Kommission gemeinsam hinarbeiten.

Die Regionaldirektorin fügte hinzu, sie hätten auch eine gemeinsame Verpflichtung, die Umsetzung der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sicherzustellen. Weiterhin müsse die Europäische Kommission auch eine Schlüsselrolle dabei spielen, die sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit durch ressortübergreifende und integrierte politische Maßnahmen in Angriff zu nehmen. Die neue Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung sei universell gültig und damit für alle Länder in der Europäischen Region maßgeblich. Für ihre Umsetzung sei auch die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission von entscheidender Bedeutung. So hätten die Ereignisse in jüngster Zeit verdeutlicht, dass Armut nicht auf ein paar wenige Länder beschränkt sei und dass entwickelte Länder und Entwicklungsländer gleichermaßen mit der Aufgabe konfrontiert seien, ihre Bevölkerung vor den negativen Folgen wirtschaftlicher Turbulenzen zu schützen. Gemeinsam müssten das Regionalbüro und die Europäische Kommission dafür sorgen, dass nichtübertragbare Krankheiten, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, die allgemeine Gesundheitsversorgung und die noch unerledigten Aufgaben aus den Millenniums-Entwicklungszielen im Rahmen der neuen Agenda für nachhaltige Entwicklung in Angriff genommen würden. Sie sei überzeugt, dass durch die gemeinsame Erklärung die Partnerschaft zwischen dem Regionalbüro und der Europäischen Kommission weiter gestärkt und auch die Verwirklichung von mehr Gesundheit für alle in der Europäischen Region vorangetrieben werde.

Der Europäische Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit begrüßte die Gelegenheit für die EU-Kommission und das Regionalbüro zur Erneuerung und Intensivierung ihrer Zusammenarbeit zur Verwirklichung ihres gemeinsamen Ziels, mehr Gesundheit in Europa zu schaffen. Die Europäische Kommission, das Regionalbüro und die Länder in der Europäischen Region hätten allesamt eine Reihe von Strategien und Programmen angenommen, um zur Erfüllung dieses Ziels beizutragen. Diese Strategien und Programme müssten einander nutzbringend ergänzen.

Innerhalb der Europäischen Region bestünden eine Vielzahl nicht hinnehmbarer Ungleichheiten weiter, die durch gemeinsame Anstrengungen für einen Informations- und Erfahrungsaustausch und durch Initiativen zur Inangriffnahme gemeinsamer Anliegen behoben werden müssten. Die sozialen und ökonomischen Ungleichheiten verschärften sich zwischen wie auch innerhalb von Ländern weiter – auf Kosten des sozialen Zusammenhalts

¹ Ziele, Grundsätze und Modalitäten für die Fortsetzung der Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro für Europa. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (EUR/RC65/Inf.Doc./7; http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/287829/65id07e_Cooperation_EC_150761.pdf?ua=1, eingesehen am 13. November 2015).

und der wirtschaftlichen Entwicklung. Diese Kluft gelte es zu überwinden. Es seien dringende Maßnahmen erforderlich, um die außerordentlich hohen Raten des Tabak- und Alkoholkonsums in der Europäischen Region zu senken, die in erheblichem Maße zur Erhöhung der Gesundheitsausgaben und zur Belastung der Gesellschaft durch chronische Erkrankungen beitragen.

Es sei nun an der Zeit, die Grundsätze und Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und dem Regionalbüro zu erneuern und zu stärken, denn Gesundheitsthemen hätten inzwischen auf der internationalen Politikbühne einen hohen Stellenwert. Aufgrund der Globalisierung sei eine verstärkte Wachsamkeit nötig, um eine erhöhte Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Die Wiedereinführung der Poliomyelitis in die Europäische Region verdeutliche die Notwendigkeit grenzüberschreitender und fachübergreifender Lösungskonzepte. Die Zusammenarbeit werde zu einer wirksameren und effizienteren Gesundheitsversorgung für Millionen von Menschen beitragen. Die Europäische Kommission und die WHO müssten daher ihre Zusammenarbeit optimieren und sich dabei insbesondere die ressortübergreifende Struktur der Kommission zunutze machen, um die kollektive Bedeutung der Gesundheit der Bürger für die Gesundheit der Volkswirtschaft insgesamt hervorzuheben.

Auch die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsinformationen müsse intensiviert werden. Die Europäische Kommission und die WHO würden gemeinsam und auf einheitliche Weise Daten, Statistiken und Informationen zusammentragen, um Vergleiche zu ermöglichen, an denen sich die Politik in den Ländern orientieren könne. Die Gesundheitsindikatoren müssten vereinheitlicht und in nationalen und regionsweiten Strategien verankert werden, die diese ohne vergleichende Daten nicht wirksam umgesetzt werden könnten.

Es seien maßgebliche Bereiche aufgezeigt worden, in denen eine erweiterte Zusammenarbeit für die Bürger in der Europäischen Region von besonderem Nutzen sein könne: nichtübertragbare Krankheiten und die sozialen Determinanten von Gesundheit, einschließlich des Alkohol- und Tabakkonsums und einer einseitig sitzenden Lebensweise; übertragbare Krankheiten, mit einem Schwerpunkt auf HIV/Aids, Tuberkulose, Hepatitis, Masern und Röteln und gebündelten Anstrengungen zur Bekämpfung der Impfskeptiker und der von ihnen verbreiteten irreführenden Informationen; antimikrobielle Resistenz; und Stärkung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme.

In Übereinstimmung mit der nun angenommenen gemeinsamen Erklärung würden Vertreter der Europäischen Kommission und des Regionalbüros künftig in regelmäßigen Zusammenkünften auf die gemeinsamen Ziele hinarbeiten. Für das kommende Jahr werde ein Arbeitsplan erstellt, in dem konkrete Kooperationsmaßnahmen sowie jeweils klare Fristen festgelegt würden. Aufgrund des systematischen Ansatzes ließen sich dann Fortschritte messen, und es werde innerhalb der Europäischen Region wie auch darüber hinaus ein Höchstmaß an gesundheitlichen Zugewinnen für alle entstehen.

In der anschließenden Diskussion begrüßten die Delegierten das erneuerte Bekenntnis zur Partnerschaft zwischen dem Regionalbüro für Europa und der Europäischen Kommission und unterstrichen die bedeutende Rolle der Zusammenarbeit im Hinblick auf die Verbesserung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitssystemen. Insbesondere wurde die Beteiligung der Europäischen Kommission an der Europäischen Gesundheitsinformations-Initiative begrüßt, die es noch zu stärken gelte. Hierzu müssten die Indikatoren der WHO mit denen der Europäischen Kommission vereinheitlicht werden, um die Erhebung zuverlässiger

und miteinander vergleichbarer Daten zu erleichtern. Ein Mitgliedstaat rief die Europäische Kommission dazu auf, die für die EU verwendeten Indikatoren an den Indikatoren von „Gesundheit 2020“ auszurichten, die von allen Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, einschließlich der EU-Staaten, angenommen worden seien. Eine Delegierte brachte ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass die erneuerte Kooperation auch die Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten beflügeln werde. Eine andere Delegation fügte hinzu, dass neue Maßnahmen zur Senkung des Alkoholkonsums in der Europäischen Region dringend erforderlich seien.

Fortschrittsberichte

Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten

Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC61/R7) – Abschlussbericht

(EUR/RC65/12 Teil A)

Das Regionalkomitee nahm den Fortschrittsbericht über multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO zur Kenntnis.

Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC57/R2; für die Berichterstattung siehe auch Resolution EUR/RC58/R5)

(EUR/RC65/12 Teil B)

Das Regionalkomitee nahm den Fortschrittsbericht über die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO zur Kenntnis.

Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa (Resolution EUR/RC60/R7)

(EUR/RC65/11, EUR/RC65/18)

Das Regionalkomitee nahm den Fortschrittsbericht über die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa zur Kenntnis.

Kategorie 4: Gesundheitssysteme

Verhaltensänderungsstrategien und Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme (Resolution EUR/RC58/R8; siehe auch Resolutionen EUR/RC58/R4, EUR/RC61/R3, EUR/RC62/R5)

(EUR/RC65/12 Teil C)

Das Regionalkomitee nahm den Fortschrittsbericht über Verhaltensänderungsstrategien und Gesundheit und die Rolle der Gesundheitssysteme zur Kenntnis.

Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (Resolution EUR/RC58/R4)

(EUR/RC65/8, EUR/RC65/12 Teil E)

Die Delegation eines Mitgliedstaats dankte dem Sekretariat für seine Arbeit am Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Die Charta von Tallinn habe in hohem Maße zu mehr Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe in den Gesundheitssystemen in der gesamten Europäischen Region beigetragen. Die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen sei nützlich, um deren Defizite zu bestimmen und ihre Effizienz und Resultate zu verbessern. Eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitssysteme sei nach wie vor eine wichtige Herausforderung für viele Länder, und die miteinander verknüpften Ziele der Nachhaltigkeit und der Reduzierung von Zahlungen aus eigener Tasche könnten nur durch Effizienzverbesserungen erreicht werden. Der Schutz der öffentlichen Gesundheit bleibt weiterhin ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems, und ein optimales Gesundheitssystem umfasst bevölkerungs- wie auch personenbezogene Gesundheitsleistungen. Trotz Fortschritten bei der Stärkung der Gesundheitssysteme bestehe immer noch Handlungsbedarf, und die Charta von Tallinn werde noch viele Jahre lang Relevanz haben.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit erklärte, die Ausarbeitung des Abschlussberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn sei aufschlussreich und ergiebig gewesen und habe sowohl einen Rückblick auf erreichte Fortschritte als auch einen Ausblick auf die Zukunft ermöglicht, die im Zeichen von mehr Bürgernähe stehen müsse. Er begrüßte die von den Mitgliedstaaten aufgrund der Umsetzung der Charta erzielten Fortschritte, die weiterhin von Bedeutung sei und die Grundlage für das Europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ bilde.

Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen

Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC59/R5)

(EUR/RC65/12 Teil D)

Das Regionalkomitee nahm den Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO zur Kenntnis.

Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

(EUR/RC65/R7)

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC65/R7, mit der er bestätigte, dass seine 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen stattfindet, und mit der er beschloss, die 67. Tagung vom 11. bis 14. September 2017 in Budapest, die 68. Tagung vom 17. bis 20. September 2018 an einem noch zu bestimmenden Ort und die 69. Tagung zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt in Kopenhagen abzuhalten.

Abschluss der Tagung

Die Delegation eines Mitgliedstaats, die im Namen aller Anwesenden das Wort ergriff, bedankte sich bei der Regierung Litauens für die Ausrichtung der 65. Tagung des Regionalkomitees in der schönen, historischen und gastfreundlichen Stadt Vilnius. Die effiziente Vorbereitung der Sitzungen, die effektive Führung der Geschäfte während der Tagung, die Einbindung der Zivilgesellschaft und die Führungskompetenz der Regionaldirektorin sowie ihre engen Beziehungen mit der Generaldirektorin hätten allesamt zu dem Gelingen der Tagung beigetragen. Dabei seien zentrale Gesundheitsfragen erörtert und spürbare Fortschritte im Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation für alle Bürger in der Europäischen Region der WHO erzielt worden.

Resolutionen und Beschlüsse

EUR/RC65/R1. Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2014–2015

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Zwischenberichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2014–2015 (Dokument EUR/RC65/5 Rev.1) und die Übersicht der Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015 (Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./2) –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht;
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Zweijahreszeitraum 2014–2015 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 Beratungen auf der 65. Tagung des Regionalkomitees gemachten Vorschläge zu berücksichtigen und in die Arbeit einzubeziehen.

EUR/RC65/R2. Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (Dokumente EUR/RC65/4 Rev.1 und EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1 –

186. DANKT der Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;

187. NIMMT die im Anhang dieser Resolution enthaltenen Änderungen an Teil 1 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa AN;

188. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 65. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;

1. 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 65. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen umfassend zu berücksichtigen.

Anhang. Änderungsanträge zu Teil 1 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa

Teil 1. Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa

....

Regel 14

....

14.2.2 Die nachstehenden Regeln gelten für die Bestimmung der Mitgliedschaft im Ständigen Ausschuss.

- a) Spätestens acht Monate vor dem für die Eröffnung der nächsten Jahrestagung des Regionalkomitees festgelegten Datum informiert der Regionaldirektor jeden Mitgliedstaat der Region, dass er Nominierungen für die Mitgliedschaft im Ständigen Ausschuss entgegennimmt. Die Nominierungen erfolgen durch die Mitgliedstaaten, die dem Regionaldirektor sechs Monate vor dem für die Eröffnung des Regionalkomitees festgelegten Datum ihr Interesse bekunden, einen Vertreter in den Ständigen Ausschuss zu entsenden. Zusammen mit diesen Nominierungen reichen die Mitgliedstaaten (1) Curricula vitae (in einem standardisierten Format) der Personen ein, die sie in den Ständigen Ausschuss entsenden möchten, und zweitens eine Absichtserklärung ein, in der ihre jeweiligen Beziehungen mit der WHO, ihr Engagement für die Prioritäten der Organisation auf der regionsweiten und globalen Ebene sowie ihr konkreter Beitrag im Falle einer Wahl zu Mitgliedern des Ständigen Ausschusses erläutert werden. Der Regionaldirektor benachrichtigt alle Mitgliedstaaten der Region vor Beginn der Weltgesundheitsversammlung über die eingegangenen Nominierungen und übermittelt allen Mitgliedern die Curricula vitae der vorgeschlagenen Kandidaten und die Absichtserklärungen.

....

Regel 47

....

47.1 Auf der Tagung des Regionalkomitees, die der Tagung vorausgeht, auf der eine Person als Regionaldirektor nominiert werden soll, bildet das Regionalkomitee unter Berücksichtigung einer ausgewogenen geografischen Vertretung eine Regionale Beurteilungskommission, der ~~drei~~ sechs aus den Delegationen der am Regionalkomitee teilnehmenden Mitglieder ausgewählte Vertreter angehören; diese nimmt anhand der vom Regionalkomitee festgelegten Kriterien eine vorläufige Beurteilung der nominierten Kandidaten vor und nimmt entsprechende Funktionen wahr, die in dieser Regel festgelegt sind. ~~Das Regionalkomitee ernennt auch drei Stellvertreter für die Regionale Beurteilungskommission.~~ Die Regionale Beurteilungskommission ist beschlussfähig, wenn mindestens vier ihrer Mitglieder anwesend sind.

47.2 Die nachstehenden Regeln gelten für die Bestimmung der Zusammensetzung der Regionalen Beurteilungskommission.

- a) Die Wahl der Mitglieder der Regionalen Beurteilungskommission ~~und ihrer Stellvertreter~~ erfolgt mit den nötigen Abänderungen in Übereinstimmung mit dem in Regel 14.2.2 festgelegten Verfahren. Aufgrund der Aufsichtsfunktion des Ständigen Ausschusses gegenüber dem Regionalkomitee sollte normalerweise einer der Sitze in der Regionalen Beurteilungskommission mit ~~einer~~ zwei Personen besetzt werden, die entweder in jüngster Zeit Mitglied im SCRC waren oder ~~ihre Land~~ Länder aktuell in diesem Gremium vertreten. Im Fall einer Wahl gemäß Regel 43, werden die Sitze für die Mitglieder und danach für die Stellvertreter entsprechend der Reihenfolge der auf die Kandidaten entfallenden Stimmenmehrheit verteilt.
- b) Diejenigen Mitglieder und Stellvertreter, die zum Zeitpunkt ihrer Ernennung der zum Regionalkomitee entsandten Delegation des Mitglieds angehörten, das einen Kandidaten stellt, scheidet aus der Regionalen Beurteilungskommission aus. ~~Die für die Regionale Beurteilungskommission ernannten Stellvertreter ersetzen Mitglieder, die aus irgendeinem Grund nicht in stande sind, ihre Amtszeit zu beenden.~~

47.3 Spätestens elf Monate vor dem festgelegten Datum für die Eröffnung einer Tagung des Regionalkomitees, auf der eine Person zum Regionaldirektor nominiert werden soll, teilt der Generaldirektor jedem Mitglied der Region mit, dass er Vorschläge mit den Namen von Bewerbern für die Nominierung zum Regionaldirektor durch das Regionalkomitee entgegennimmt. Die in der Liste des Regionalbüros aufgeführten offiziellen Kontaktpersonen sowie der Vorsitzende der Regionalen Beurteilungskommission erhalten je eine Kopie.

47.4 Jedes Mitglied der Region kann den Namen einer Person (oder mehrerer Personen) vorschlagen, die sich bereit erklärt hat (haben), das Amt des Regionaldirektors zu übernehmen; dabei sind mit jedem Vorschlag auch Einzelheiten über die Qualifikationen und die Erfahrung der vorgeschlagenen Person zu übermitteln. Die Mitgliedstaaten erinnern sich an den vom Regionalkomitee angenommenen Verhaltenskodex und weisen die betreffenden Personen darauf hin. Diese Vorschläge sind so rechtzeitig einzureichen, dass sie dem Generaldirektor mindestens sieben Monate vor dem für die Eröffnung der Tagung festgelegten Datum vorliegen. Diese Frist kann auf Vorschlag der Regionalen Beurteilungskommission vom Präsidenten des Regionalkomitees verlängert werden. Jegliche Verlängerung muss vom Vorsitzenden der Regionalen Beurteilungskommission dem Generaldirektor mitgeteilt werden, der seinerseits unverzüglich die Mitgliedstaaten in der Region unterrichtet.

47.5 Eine Person, die das Amt des Regionaldirektors für die Region innehat, ist – sofern sie wählbar ist und innerhalb der in Regel 47.3 genannten Frist darum ersucht hat – Bewerber um die Nominierung, ohne gemäß den Bestimmungen des vorstehenden Absatzes vorgeschlagen zu werden.

47.6 [Gestrichen]

47.7 Spätestens zwei Wochen nach Ablauf der in Regel 47.4 genannten Frist übermittelt der Generaldirektor dem Vorsitzenden der Regionalen Beurteilungskommission eine Liste mit den Namen und Personalien der vorgeschlagenen Kandidaten.

47.8 Die Regionale Beurteilungskommission ~~kann, falls sie dies für wünschenswert hält veranlasst, sofern sie nicht ausnahmsweise etwas anderes beschließt~~, dass sich alle Kandidaten bei einer Zusammenkunft, zu der alle Mitgliedstaaten der Region eingeladen werden, kurz persönlich vorstellen. Diese Regelung gilt im Interesse eines ordnungsgemäßen Verfahrens und

der Transparenz in allen Fällen, selbst wenn es nur einen Kandidaten gibt. Um allen Mitgliedstaaten eine gleiche Chance zur Teilnahme an einer solchen Sitzung zu geben, wird diese normalerweise zusammen mit dem Ständigen Ausschuss während dessen Tagung unmittelbar vor Eröffnung der Weltgesundheitsversammlung einberufen.

47.9 Der Generaldirektor veranlasst mindestens sechs Monate vor dem für die Eröffnung der Tagung festgelegten Datum die Versendung von Kopien sämtlicher bei ihm fristgerecht eingegangenen Vorschläge für Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors (mit Angaben über Qualifikation und Erfahrung) an alle Mitglieder der Region und teilt allen Mitgliedern zugleich mit, ob der amtierende Regionaldirektor sich erneut um die Nominierung bewirbt. Die in der Liste des Regionalbüros aufgeführten offiziellen Kontaktpersonen sowie der Vorsitzende der Regionalen Beurteilungskommission erhalten je eine Kopie.

47.9 a Vor der Veröffentlichung des Beurteilungsberichts über alle Kandidaten durch die Regionale Beurteilungskommission gemäß Regel 47.10 werden Personen, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen worden sind bzw. die Person, die das Amt des Regionaldirektors für die Region innehat und gemäß Regel 47.5 darum ersucht hat, als Bewerber um die Nominierung registriert zu werden, dazu aufgefordert, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und das dazu ausgefüllte Formular der WHO an den Direktor für betriebsärztliche Dienste beim WHO-Hauptbüro zu übermitteln. Der Direktor für betriebsärztliche Dienste teilt dem Vorsitzenden der Regionalen Beurteilungskommission mit, ob die Personen, die für das Amt des Regionaldirektors vorgeschlagen worden sind bzw. die Person, die das Amt des Regionaldirektors für die Region innehat und gemäß Regel 47.5 darum ersucht hat, als Bewerber um die Nominierung registriert zu werden, bei guter körperlicher Gesundheit sind, wie es von allen Mitarbeitern der Organisation verlangt wird, und das in Absatz 2 f der Resolution EUR/RC47/R5 genannte Kriterium erfüllen.

47.10 Der Vorsitzende der Regionalen Beurteilungskommission übermittelt mindestens zehn Wochen vor dem für die Eröffnung der Tagung festgelegten Datum den vertraulichen Bericht der Regionalen Beurteilungskommission über alle Kandidaten sowie eine Liste mit den Namen (in zufälliger Reihenfolge) von höchstens fünf Kandidaten, die ihrer Meinung nach die vorgegebenen Kriterien am besten erfüllen, an den Präsidenten, den Exekutivpräsidenten und den Stellvertretenden Exekutivpräsidenten des Regionalkomitees, an jeden Mitgliedstaat in der Region entsprechend der Liste der offiziellen Kontaktpersonen des Regionalbüros sowie an den Generaldirektor.

47.11 Sollte das Amt des Regionaldirektors unerwartet neu besetzt werden müssen, so obliegt es dem Generaldirektor:

- a) eine Person zu benennen, die kommissarisch als Regionaldirektor tätig ist, bis ein neuer Amtsträger ernannt wird;
- b) in Absprache mit dem Präsidenten zu entscheiden, ob gemäß Regel 5 eine außerordentliche Tagung des Regionalkomitees einberufen werden soll.

47.12 Die Nominierung des Regionaldirektors erfolgt in einer nichtöffentlichen Sitzung des Regionalkomitees, an der nur Vertreter von Mitgliedern des Regionalkomitees und ihre Stellvertreter und Berater sowie vom Generaldirektor bestimmte unentbehrliche Mitglieder des Sekretariats teilnehmen. Das Regionalkomitee trifft in geheimer Abstimmung seine Wahl unter den Personen, die gemäß dieser Regel als Kandidaten gelten, und zwar wie folgt:

- c) Bei jedem Wahlgang schreibt jeder stimmberechtigte Vertreter auf seinen Stimmzettel den Namen eines der gemäß dieser Regel aufgestellten Kandidaten.
- d) Erhält ein Kandidat in einem Wahlgang die nach Regel 39 erforderliche Mehrheit, so wird er als nominiert erklärt.
- e) Erhält in einem Wahlgang kein Kandidat die erforderliche Mehrheit und erhält ein Kandidat weniger Stimmen als die anderen Kandidaten, so scheidet er aus, und es findet ein weiterer Wahlgang statt.
- f) Erhält in einem Wahlgang kein Kandidat die erforderliche Mehrheit und erhalten zwei oder mehr Kandidaten zugleich die niedrigste Stimmenzahl, so entscheidet das Regionalkomitee durch Abstimmung, welcher oder welche dieser Kandidaten mit der niedrigsten Stimmenzahl ausscheidet bzw. ausscheiden; danach erfolgt ein weiterer Wahlgang.

47.13 Verbleiben nur noch zwei Kandidaten und haben nach drei weiteren Wahlgängen beide Kandidaten die gleiche Anzahl von Stimmen erhalten, werden die Namen dieser beiden Kandidaten zur Auswahl an den Exekutivrat weitergeleitet.

47.14 Der Name der in dieser Weise nominierten Person oder Personen wird in einer öffentlichen Sitzung des Regionalkomitees bekanntgegeben und dem Exekutivrat vorgelegt.

47.15 ~~[Gestrichen]-Das Regionalkomitee kann dem Exekutivrat auch den Namen eines anderen Kandidaten mitteilen, den es als geeignet erachtet, falls die zuerst nominierte Person nicht zur Verfügung steht.~~

47.16 Die Ernennung des Regionaldirektors erfolgt für eine Amtszeit von fünf Jahren, die nur einmal erneuert werden kann.

EUR/RC65/R3. Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) (Dokument EUR/RC65/9),

unter Hinweis auf Resolution WHA57.17, in der die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit bestätigt wurde,

unter Hinweis auf die Resolution WHA66.10, die eine Zustimmung zu dem globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) enthält,

in Anerkennung der Bedeutung des Kampfes gegen nichtübertragbare Krankheiten gemäß den grundsätzlichen Prioritäten aus „Gesundheit 2020“ – dem Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO für Gesundheit und Wohlbefinden,

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC61/R3 betreffend den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) als strategischen Handlungsrahmen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region,

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC63/R4, mit der die Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 gebilligt wurde,

unter Hinweis auf die Schlussdokumente der Zweiten Internationalen Ernährungskonferenz –

1. NIMMT die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) an;
2. FORDERT die Mitgliedstaaten² EINDRINGLICH AUF:
 - a) die in der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) präsentierten Prioritäten für die Ausarbeitung, Umsetzung und Evaluation nationaler Konzepte zur Förderung gesunder Bewegungsgewohnheiten gegebenenfalls ergänzend zu bestehenden Initiativen und Maßnahmen in der Region anzuwenden,
 - b) während des gesamten Lebensverlaufs Bewegung zu fördern und mit evidenzbasierten Konzepten auf allen Ebenen anzustreben, dass Ungleichheiten abgebaut werden, indem bezahlbare, zugängliche Gelegenheiten für mehr körperliche Aktivität ermöglicht werden,
 - c) gegebenenfalls geeignete Steuerungsstrukturen zur Verwirklichung ressortübergreifender Maßnahmen einzurichten, durch die gesunde Bewegungsgewohnheiten gefördert und durch Bewegungsmangel und einseitig sitzende Tätigkeiten bedingte Erkrankungen verhindert werden können,
 - d) ressortübergreifende Bündnisse und Netzwerke zu schaffen und dabei maßgebliche Akteure einzubeziehen und die Bürger zu selbstbestimmtem Handeln zu befähigen,
 - e) durch reguläre Begleitung, Überwachung, Evaluation und Forschung geeignete Maßnahmen zu unterstützen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
 - a) die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) zu unterstützen in einer Weise, die bestehende Initiativen in der Region komplementär ergänzt und dabei Überschneidungen und Verdoppelung der Anstrengungen vermeidet,
 - b) die Ziele aus der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) und die entsprechenden Ziele der Erklärung von Wien in Partnerschaft mit internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zu verfolgen,
 - c) die Umsetzung der Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) zu überwachen und dem Regionalkomitee auf seiner 68., 72. und 75. Tagung in den Jahren 2018, 2022 und 2025 darüber sowie über die für 2020 geplante Zwischenbewertung der Strategie Bericht zu erstatten.

² und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

EUR/RC65/R4. Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025)

Das Regionalkomitee,

nach Prüfung des Fahrplans für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen (Dokument EUR/RC65/10);

feststellend, dass seit In-Kraft-Tretens des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs am 27. Februar 2005 mehr als zehn Jahre vergangen sind;

den Beschluss von der 6. Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zur Kenntnis nehmend, wonach diese stärker zum Erreichen des globalen Ziels einer Verringerung des Tabakkonsums zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten beitragen will;³

unter Hinweis auf den globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020), der durch Resolution WHA66.10 gebilligt wurde und Kenntnis nehmend von den freiwilligen globalen Zielvorgaben einer relativen Senkung des Risikos vorzeitiger Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder chronischen Atemwegserkrankungen um 25% und einer relativen Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums in der Altersgruppe 15 Jahre und darüber um 30%,

in Anerkennung der Bedeutung des Kampfes gegen nichtübertragbare Krankheiten gemäß den grundsätzlichen Prioritäten aus „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden⁴;

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC61/R3, betreffend den Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) als strategischen Handlungsrahmen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region,

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC64/R6, mit der die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) angenommen wurde;

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC63/R4, mit der die Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 unterstützt wurde,

³ Beschluss FCTC/COP6(16). Towards a stronger contribution of the Conference of the Parties to achieving the noncommunicable disease global target of reduction of tobacco use. Sixth session of the Conference of the Parties to WHO Framework Convention on Tobacco Control, 13–18 October 2014. Genf: WHO Framework Convention on Tobacco Control; 2014 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(16\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(16)-en.pdf), eingesehen am 23. Juli 2015).

⁴ Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, eingesehen am, 23. Juli 2015).

189. VERABSCHIEDET den Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen.

190. BITTET die Mitgliedstaaten⁵ EINDRINGLICH:

- a) die Empfehlungen aus dem Fahrplan gebührend in der Entwicklung, Umsetzung und Auswertung nationaler evidenzbasierter Konzepte zu berücksichtigen, die dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, den dazu gehörenden Leitlinien und dem Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen sowie den nationalen Umständen entsprechen;
- b) gegebenenfalls geeignete Steuerungsstrukturen zur Verwirklichung ressortübergreifender Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs einzurichten;
- c) ressortübergreifende Bündnisse und Netzwerke zu schaffen und dabei maßgebliche Akteure einzubeziehen und die Bürger zu selbstbestimmtem Handeln zu befähigen, damit die Ziele des Fahrplans erreicht werden,
- d) nationale Kapazitäten für die Umsetzung wirksamer Programme und Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs nachhaltig zu finanzieren und zu stärken;

191. FORDERT die internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen AUF, den Fahrplan zu unterstützen und gemeinsam mit den Mitgliedstaaten, dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens und dem Regionalbüro für Europa die nationalen Konzepte zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zu stärken;

192. ERSUCHT die Regionaldirektorin, in Zusammenarbeit mit dem Leiter des Sekretariat des Rahmenübereinkommens:

- a) Mitgliedstaaten auf deren Wunsch in der Anwendung des Fahrplans für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025) zu unterstützen;
- b) die Ziele aus dem Fahrplan und einschlägige Ziele aus der Erklärung von Ashgabat in Partnerschaft mit internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zu verfolgen;
- c) die Anwendung des Fahrplans zu beobachten und dem Regionalkomitee auf Grundlage der bestehenden Berichtspflichten zum Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs auf dessen 68., 72. und 75. Tagung in den Jahren 2018, 2022 beziehungsweise 2025 zu berichten.

⁵ und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

EUR/RC65/R5 Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolution WHA60.27 über die Stärkung der Gesundheitsinformationssysteme,

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA63.16 über den globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und WHA64.7 über die Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens,

unter Hinweis auf die Resolution WHA64.9 über nachhaltige Strukturen für die Gesundheitsfinanzierung und flächendeckende Gesundheitsversorgung,

unter Hinweis auf die Resolution WHA66.23 über die Umgestaltung der Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Unterstützung einer flächendeckenden Versorgung,

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA67.20 über die Stärkung der Regulierungssysteme für medizinische Produkte, WHA67.21 über den Zugang zu biotherapeutischen Produkten, einschließlich Nachahmerprodukten, und die Gewährleistung ihrer Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit, WHA67.22 über den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln und WHA67.23 über die Bewertung von Gesundheitsinterventionen und Gesundheitstechnologien bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung,

unter Hinweis auf die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa, die auf der Konferenz der Europäischen Region zur Reformierung der Gesundheitsversorgung (Ljubljana, Slowenien, 18.–19. Juni 1996) angenommen wurde,

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC58/R4, mit der es die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (Tallinn, 25.–27. Juni 2008) angenommene Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand billigte,

in Anbetracht des von ihm im Jahr 2012 mit Resolution EUR/RC62/R4 auf der 62. Tagung des Regionalkomitees angenommenen Europäischen Rahmenkonzeptes der WHO für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“, in dem die Notwendigkeit ressortübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit hervorgehoben wurde,

unter Hinweis auf die Resolutionen EUR/RC59/R3 und EUR/RC63/R5 über die politischen Lehren und die Empfehlungen in Bezug auf die Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme, die aus den beiden hochrangigen Tagungen über Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise (Oslo, 1.–2. April 2009 und 17.–18. April 2013) hervorgegangen sind,

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC62/R5, mit der es den Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit als ein

notwendiges Element zur Verbesserung der Gesundheitssituation in der Europäischen Region der WHO billigte,

in der Feststellung, dass die allmähliche Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung Handlungskonzepte erfordert, die eine Ausweitung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsangeboten wie öffentlichen Gesundheitsdiensten, sicheren Medikamenten und kompetenten Fachkräften für alle bewirken und eine finanzielle Absicherung, insbesondere gegen die Gefahr einer Verarmung infolge von Zahlungen aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen, gewährleisten,

nach Prüfung der Dokumente „Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“ (EUR/RC65/13) und des Abschlussberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn (Zusammenfassung) (EUR/RC65/8) –

1. BEGRÜSST die von den Mitgliedstaaten seit der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (Tallinn, 25.–28. Juni 2008) erreichten Fortschritte;
2. BRINGT sein erneuertes Bekenntnis zu den Werten Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe ZUM AUSDRUCK, die in der Charta von Ljubljana, der Charta von Tallinn und dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ der Europäischen Region der WHO als Grundlagen für die Stärkung der Gesundheitssysteme verankert sind;
3. BEGRÜSST die strategischen Prioritäten des WHO-Regionalbüros für Europa im Bereich der Stärkung der Gesundheitssysteme für den Zeitraum 2015–2020;
4. RUFT die Mitgliedstaaten⁶ dazu AUF:
 - a) die Gesundheitsangebote grundlegend umzugestalten, damit sie den gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht werden, und einen vorausschauenden bürgernahen Ansatz mit einer besseren Koordinierung und Realisierung von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheitsversorgung und Krankheitsmanagement im gesamten Lebensverlauf anzustreben, der auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der gesundheitlichen Ergebnisse sowie auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten im Rahmen eines umfassenden Kontinuums einer individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung abzielt,
 - b) allmählich eine allgemeine Gesundheitsversorgung und damit eine Europäische Region anzustreben und aufrechtzuerhalten, in der es keine ruinösen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt,
 - c) zur Kenntnis zu nehmen, dass zur Stärkung der Gesundheitssysteme auch geeignete Konzepte zur Gewährleistung eines ausreichenden Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen, zur Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zu Leistungen und Interventionen, einschließlich öffentlicher Gesundheitsdienste auf der Bevölkerungsebene, sowie zu kosteneffektiven Arzneimitteln und Technologien und zur Förderung qualitätsgesicherter Gesundheitsinformationen und Gesundheitssysteme als den Stützpfälern für ihre Evaluierung und weitere Untermauerung notwendig sind,

⁶ und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- d) zur Stärkung der bürgernahen Gesundheitssysteme Transparenz und Rechenschaftslegung zu fördern, u. a. durch die Förderung und Nutzung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und anderer relevanter Informationen und Erkenntnisse in Entscheidungsprozessen, um den Bedürfnissen der Menschen besser gerecht zu werden und die Ziele der Gesundheitssysteme zu verwirklichen und dabei sicherzustellen, dass solide Strategien der Gesundheitssysteme, die im Einklang mit den Werten der WHO und der Länder stehen, mit klaren leistungsmäßigen Erwartungen verknüpft werden,
 - e) die Beobachtung des Umfangs an Schutz vor finanziellen Risiken bei der Nutzung von Gesundheitsangeboten zu ermöglichen und zu beschleunigen und insbesondere für vulnerable Gruppen Konzepte zur Verbesserung der finanziellen Absicherung aufzuzeigen und umzusetzen;
5. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
- a) in Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen auf dem Gebiet der wertorientierten Stärkung der Gesundheitssysteme auch weiterhin Führungskompetenz zu zeigen,
 - b) die Mitgliedstaaten im Einklang mit den in Dokument EUR/RC65/13 genannten strategischen Prioritäten für das Regionalbüro bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen und die in der Charta von Tallinn festgelegten Verpflichtungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Akteuren umzusetzen,
 - c) den Mitgliedstaaten Instrumente und fachliche Unterstützung für die in Ziffer 4 des Beschlussteils genannten Maßnahmen bereitzustellen, namentlich für die Überwachung der finanziellen Absicherung und für die Analyse, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Konzepten,
 - d) unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Europäischen Region und unter weitgehender Vermeidung zusätzlicher Kosten einen Handlungsrahmen zur Umsetzung der auf der 69. Weltgesundheitsversammlung zu verabschiedenden globalen Strategie für eine bürgernahe und integrierte Gesundheitsversorgung zu entwickeln, der der 66. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2016 vorgelegt wird,
 - e) der 68. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2018 über die Umsetzung dieser Resolution sowie über die grundsätzlichen Optionen für eine Verbesserung der finanziellen Absicherung Bericht zu erstatten und
 - f) dem Regionalkomitee auf seiner 71. Tagung im Jahr 2021 einen Abschlussbericht vorzulegen.

EUR/RC65/R6. Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)

Das Regionalkomitee,

nach Prüfung des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (Dokument EUR/RC65/17 Rev.2),

in Anerkennung der Bedeutung der Bekämpfung der Tuberkulose nach Maßgabe des Rahmenkonzepts der Europäischen Region der WHO „Gesundheit 2020“⁷, nämlich der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung und dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten,

in Anbetracht der mit der Annahme der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose auf dem Europäischen Ministerforum der WHO „Alle gegen Tuberkulose“ im Jahr 2007 demonstrierten Entschlossenheit der Europäischen Region der WHO und der teilnehmenden Mitgliedstaaten sowie der Ministerkonferenz der Östlichen Partnerschaft über Tuberkulose und multiresistente Tuberkulose zu einer umgehenden Reaktion auf die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit sowie in Anbetracht der Entschlossenheit zu einer Beendigung der Tuberkulose in der Europäischen Region, die 2015 mit der Annahme der Gemeinsamen Erklärung von Riga über Tuberkulose und ihre multiresistenten Formen unter Beweis gestellt wurde,

unter Hinweis auf die Resolution WHA62.15 der Weltgesundheitsversammlung zur Prävention und Bekämpfung multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulosestämme (MDR-/XDR-Tb) im Zuge des Übergangs zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung sowie auf den Handlungsappell von Peking zur Bekämpfung der Tuberkulose und zur Verbesserung der Patientenversorgung aus dem Jahr 2009,

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC61/R7, mit der der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) als strategischer Handlungsrahmen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region angenommen wurde,

unter Hinweis auf die Resolutionen EUR/RC61/R6 und WHA68.7 zu Antibiotikaresistenzen, die Konzepte zur Prävention antimikrobieller Resistenzen und zur Abmilderung der Konsequenzen vorsehen und damit auch der Prävention und Bekämpfung von M/XDR-TB dienen,

in Anerkennung der Tatsache, dass die meisten der im Konsolidierten Aktionsplan für die Mitgliedstaaten, das Sekretariat und die Partnerorganisationen festgelegten Meilensteine, die eine umfassende Antwort auf die Bedrohung durch Tuberkulose und MDR-/XDR-Tb mit gezielten Maßnahmen zu ihrer Prävention und Bekämpfung ermöglichen sollen, erreicht wurden, darunter deutliche Fortschritte in Bezug auf Fallentdeckung und Versorgungsgrad, und dass auch das Millenniums-Entwicklungsziel 6, eine Trendumkehr bei der Inzidenz der Tuberkulose zu erreichen, erfüllt wurde,

⁷ Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, eingesehen am 23. Juli 2015).

in Besorgnis über die Tatsache, dass es trotz dieser Fortschritte in mehreren Mitgliedstaaten weiterhin zu einer primären Übertragung von MDR-Tb und zu einer Abnahme der Behandlungserfolgsraten bei Patienten mit MDR- und XDR-Tb kommt,

in Besorgnis über die zunehmende Prävalenz von HIV-Infektionen unter den Tuberkulosefällen und über die zunehmende Ungleichheit, auf die die ungleichmäßige epidemiologische Verteilung der Tuberkulose innerhalb der Europäischen Region wie auch innerhalb der Länder ein Schlaglicht wirft, insbesondere mit Blick auf die anfälligen Gruppen und im Bewusstsein, dass Tuberkulose und MDR-TB aufgrund der zunehmenden Mobilität der Bevölkerung auch eine grenzüberschreitende Bedrohung der Gesundheit darstellt,

in Anerkennung der Notwendigkeit eines stärkeren Engagements der Politik zur Sicherung effizienter und evidenzbasierter Tuberkuloseprävention und für neue Versorgungsmodelle, neue Medikamente, Instrumente sowie soziale Konzepte und Strategien zur Bewältigung von Tuberkulose und eines erweiterten Zugangs zu solchen Verbesserungen im Kontext der Stärkung der Gesundheitssysteme,

in Anbetracht der Tatsache, dass in der durch Resolution WHA67.1 zur Beendigung der globalen Tuberkuloseepidemie bis 2035 gebilligten globalen Endspielstrategie für Tuberkulose nach 2015 eine Unterstützung durch die Europäische Region bei der Umsetzung der Strategie gefordert wird, und in Anerkennung der Abstimmung des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) mit der globalen Endspielstrategie für Tuberkulose,

in dem Verständnis, dass diese Resolution für den Zeitraum 2016–2020 gilt und damit Resolution EUR/RC61/R7 folgt, in der der Konsolidierte Aktionsplan für den Zeitraum 2011–2015 angenommen wurde –

1. NIMMT den Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) und die darin enthaltenen Zielvorgaben AN;
2. BITTET die Mitgliedstaaten⁸ EINDRINGLICH:
 - a) ihre nationalen Gesundheitsstrategien bzw. ihre Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose und speziell der MDR- und XDR-Tb auf den Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) abzustimmen und den Prozess der Umsetzung eng zu überwachen und zu evaluieren wie im Aktionsplan skizziert,
 - b) den chancengleichen Zugang zur Frühdiagnose und zu einer wirksamen Therapie bis zu deren Abschluss bei allen Formen der Tuberkulose zu erleichtern, insbesondere durch rationellen und ausreichenden Einsatz neuer Medikamente,
 - c) die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in Bezug auf die Prävention aller Formen der Tuberkulose und der Versorgung der betroffenen Patienten zu bestimmen und in Angriff zu nehmen und insbesondere die Angebote im Bereich Tuberkulose in die primäre Gesundheitsversorgung einzugliedern und die Initiativen und Lösungsansätze für eine patientenzentrierte Versorgung auszuweiten und den Zugang zur Tuberkuloseprävention und -versorgung für schwer erreichbare und anfällige Bevölkerungsgruppen zu verbessern,

⁸ und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- d) die sozialen Determinanten der Tuberkulose, die Vorbeugung gegen unbezahlbare Ausgaben für Tuberkulosepatienten und ihre Haushalte und die soziale Fürsorge für die Patienten in Angriff zu nehmen und dabei gegebenenfalls auch auf sektorübergreifende Zusammenarbeit und Kooperation mit der Zivilgesellschaft zu setzen,
 - e) nachhaltige Finanzierungsmechanismen und verstärkte Personalkapazitäten für die Prävention der Tuberkulose und die Versorgung der Patienten einzuführen, insbesondere in Ländern, für die die externe Finanzierung gekürzt wird und sich von externer Finanzierung zu Eigenfinanzierung zu bewegen in Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Akteuren, hierunter Ministerien für Gesundheit und Finanzen, Parlamente, zwischenstaatliche und nichtstaatliche Akteure, um langfristig die Nachhaltigkeit der Programme aus Eigenmitteln zu sichern, hierunter auch die Angebote für schwer erreichbare und anfällige Gruppen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
- a) die Mitgliedstaaten auf Wunsch durch Führungskompetenz, strategische Orientierungshilfe und fachliche Anleitung bei der Umsetzung des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) zu unterstützen,
 - b) weiterhin partnerschaftlich mit internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zusammenzuarbeiten,
 - c) die Umsetzung des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020) zu überwachen und dem Regionalkomitee für Europa auf seiner 68. und 70. Tagung in den Jahren 2018 und 2020 darüber Bericht zu erstatten.

EUR/RC65/R7. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees für Europa in den Jahren 2016 bis 2019

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 64. Tagung angenommene Resolution EUR/RC64/R8 –

1. BESTÄTIGT ERNEUT, dass die 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen abgehalten wird;
2. BESCHLIESST, dass die 67. Tagung vom 11. bis 14. September 2017 in Budapest abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 68. Tagung vom 17. bis 20. September 2018 in Kopenhagen abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 69. Tagung zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt und an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

EUR/RC65(1). Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit als Frage politischen Willens

Das Regionalkomitee –

1. BEGRÜSST und unterstützt das Dokument „Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit als Frage politischen Willens“ (EUR/RC65/16), das den Kern von „Gesundheit 2020“ trifft und in dem die Notwendigkeit unterstrichen wird, die Entwicklung nachhaltiger Mechanismen zu fördern, die eine Zusammenarbeit zwischen Politikbereichen mit dem Ziel der Verwirklichung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden für die gesamte Bevölkerung durch Maßnahmen für mehr Politikkohärenz und Mechanismen für Rechenschaftslegung sowie durch Synergieeffekte und Koordination ermöglichen;
2. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
 - a) in enger Abstimmung mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees, unter der Leitung des Regionalkomitees und in Rücksprache mit den Mitgliedstaaten die Schaffung von Foren in der gesamten Europäischen Region zur Förderung ressortübergreifender Zusammenarbeit als Unterstützung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu initiieren,
 - b) dem Regionalkomitee auf seiner 66. Tagung im Jahr 2016 über das Ergebnis der Halbzeitbilanz der Fortschritte hinsichtlich der Akzeptanz und Umsetzung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ (Resolution EUR/RC62/R4) zu berichten.

Anhang 1: Tagesordnung

1. Eröffnung der Tagung

- a) Wahl des Präsidenten, des Exekutivpräsidenten, des Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und des Berichterstatters
- b) Annahme der vorläufigen Tagesordnung und des vorläufigen Programms

2. Ansprachen

- a) Ansprache der Regionaldirektorin und Zwischenbericht über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region seit der 64. Tagung des Regionalkomitees für Europa
- b) Ansprache der Generaldirektorin
- c) Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- d) Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit, der Kronprinzessin von Dänemark
- e) Ansprache der Präsidentin der Republik Litauen

3. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben

4. Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa

5. Grundsatz- und Fachthemen

- a) Förderung ressort- und organisationsübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO, mit Diskussionen zu folgenden Themen:
 - Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO: Fortschritte, Herausforderungen und Lehren;
 - Die Rolle von Gesundheit in der nachhaltigen Entwicklung und in der Außenpolitik;
 - Soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitskompetenz: Verknüpfungen und Kohärenz zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik.
- b) Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz
- c) Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe
- d) Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)

- e) Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen
- f) Abschlussbericht über die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) und Prüfung des Entwurfs des Aktionsplans Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)
- g) Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
- h) Fortschritte und Auswirkungen der Reform der WHO auf das Regionalbüro für Europa
 - Die Reaktion der WHO auf Krankheitsausbrüche und Notlagen mit gesundheitlichen und humanitären Folgen
 - Überblick über die globale Reform der Führungsstrukturen
 - Rechenschaftslegung und Regelkonformität
- i) Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region
- j) Fortschrittsberichte

Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten

- Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC61/R7) – Abschlussbericht

Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf

- Die Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC57/R2; siehe auch Resolution EUR/RC58/R5)
- Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa (Resolution EUR/RC60/R7)

Kategorie 4: Gesundheitssysteme

- Verhaltensänderungsstrategien und Gesundheit: die Rolle der Gesundheitssysteme (Resolution EUR/RC58/R8; siehe auch Resolutionen EUR/RC58/R4, EUR/RC61/R3, EUR/RC62/R5)
- Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region (Resolution EUR/RC58/R4)

Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen

- Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) in der Europäischen Region der WHO (Resolution EUR/RC59/R5)

6. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen

- a) Nominierung von zwei Mitgliedern des Exekutivrates
- b) Wahl von vier Mitgliedern des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

- c) Wahl von zwei Mitgliedern des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit

7. **Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees**
8. **Sonstige Angelegenheiten**
9. **Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

Fachinformationssitzungen

- Gesundheit von Frauen in der Europäischen Region der WHO
- Fortschritte hinsichtlich eines nachhaltigen Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO
- Evidenzgeleitete Politikgestaltung in der Europäischen Region der WHO
- Migration und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

Mittagessen der Minister

- Migration und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
- Umsetzung von Gesundheit 2020: Erfahrungen und Erfolge Litauens

Anhang 2: Liste der Dokumente

Arbeitsdokumente

EUR/RC65/1 Rev.2	Vorläufige Liste der Dokumente
EUR/RC65/2 Rev.2	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC65/2 Rev.2 Add.1	Vorläufige Tagesordnung (mit Kommentaren)
EUR/RC65/3 Rev.2	Vorläufiges Programm
EUR/RC65/4 Rev.1	Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa
EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1	Zweiundzwanzigster Ständiger Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa: Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC65/5 Rev.1	Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2014–2015
EUR/RC65/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben
EUR/RC65/7	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC65/7 Add.1 Rev.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC65/7 Add.2	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC65/8	Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn (Zusammenfassung)
EUR/RC65/9	Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)
EUR/RC65/9 Add.1 Rev.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)“
EUR/RC65/10	Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen
EUR/RC65/10 Add.1 Rev.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen“.
EUR/RC65/11	Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO: Fortschritte, Herausforderungen und Lehren
EUR/RC65/12	Fortschrittsberichte

EUR/RC65/13	Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe
EUR/RC65/13 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe“
EUR/RC65/14	Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC65/15	Reform der WHO: Fortschritte und Folgen für die Europäische Region
EUR/RC65/16	Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit als Frage politischen Willens
EUR/RC65/17 Rev.1	Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)
EUR/RC65/17 Add.1 Rev.2	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)“
EUR/RC65/18	Fortschrittsbericht über den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa

Konferenzdokumente

EUR/RC65/Conf.Doc./1 Rev.1	Zwischenbericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2014–2015
EUR/RC65/Conf.Doc./2 Rev.1	Bericht des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa
EUR/RC65/Conf.Doc./3 Rev.2	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees für Europa in den Jahren 2016 bis 2019
EUR/RC65/Conf.Doc./4 Rev.1	Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)
EUR/RC65/Conf.Doc./5 Rev.2	Aktionsplan Tuberkulose für die Europäische Region der WHO (2016–2020)
EUR/RC65/Conf.Doc./6 Rev.1	Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen

- EUR/RC65/Conf.Doc./7
Rev.1 Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020: Verwirklichung der Vorsätze für mehr Bürgernähe
- EUR/RC65/Conf.Doc./8
Rev.1 Förderung ressortübergreifender Maßnahmen für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO: Gesundheit als Frage politischen Willens

Informationsdokumente

- EUR/RC65/Inf.Doc./1 Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 nach Kategorie in der Europäischen Region der WHO
- EUR/RC65/Inf.Doc./2 Überblick über die Umsetzung des Programmhaushalts 2014–2015 in der Europäischen Region der WHO
- EUR/RC65/Inf.Doc./3 Globale Strategien des Gesundheitswesens gegen HIV, virale Hepatitis und sexuell übertragbare Infektionen (2016–2021)
- EUR/RC65/Inf.Doc./4 Entwicklung, Überwachung und Evaluation funktioneller Kernkapazitäten für die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)
- EUR/RC65/Inf.Doc./5 Globale Strategie für eine integrierte bürgernahe Gesundheitsversorgung und Globale Strategie für die Ausbildung von Gesundheitspersonal: Workforce 2030
- EUR/RC65/Inf.Doc./6 Gesundheitsschutzbezogene Aspekte der Migration in der Europäischen Region (PHAME): Umsetzung des Projekts im Zeitraum 2012–2015
- EUR/RC65/Inf.Doc./7 Ziele, Grundsätze und Modalitäten für die Fortsetzung der Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission und dem WHO-Regionalbüro für Europa

Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer

I. Mitgliedstaaten

Albanien

Repräsentant

Ilir Beqaj
Gesundheitsminister

Berater

Klodian Rjepaj
Stellvertretender Gesundheitsminister

Berater

Thanas Goga
Berater des Gesundheitsministers

Eltar Deda
Leitender Inspektor, Staatliche Gesundheitsinspektion, Gesundheitsministerium

Andorra

Repräsentanten

S. E. Eric Jover Comas
Minister für Bildungs- und Hochschulwesen

Dr. Josep M. Casals Alís
Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Beschäftigung

Armenien

Repräsentant

Dr. Sergey Khachatryan
Stellvertretender Gesundheitsminister

Berater

Dr. Arman Melkonyan
Leitender Berater des Gesundheitsministers

Aserbaidshon

Repräsentantin

Dr. Gulsum Gurbanova
Leitende Beraterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Belarus

Repräsentanten

Dr. Vasily Zharko
Gesundheitsminister

Maksim Yermolovich
Erster Stellvertretender Finanzminister

Stellvertreter

Anatoli Hrushkousky
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

S. E. Aleksandr Korol
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Republik Belarus in der Republik Litauen

Belgien

Repräsentant

Dr. Daniel Reynders
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst
Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Stellvertreter

Lieven De Raedt
Attaché, Abteilung Internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst
Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Loïc Ledent
Attaché, Abteilung für auswärtige Beziehungen, Allgemeines Betriebszentrum für örtliche
Verwaltung, Soziales und Gesundheit, Öffentlicher Dienst Walloniens

Bosnien und Herzegowina

Repräsentant

Dr. Vjekoslav Mandić
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Dr. Anđa Nikolić
Leiterin, Abteilung Gesundheit und andere Leistungen, Regierung des Bezirks Brčko

Dr. Goran Čerkez
Stellvertretender Minister für internationale Zusammenarbeit und Koordinator der Strategieentwicklung, Bundesministerium für Gesundheit

Bulgarien

Repräsentanten

Dr. Adam Persensky
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Angel Kunchev
Leitender Staatlicher Gesundheitsinspektor, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Katya Ivkova
Referatsleiterin, Direktion für internationale Angelegenheiten, Projekte und Programme, Gesundheitsministerium

Dänemark

Repräsentanten

Dr. Jakob Cold
Generaldirektor, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

S. E. Dan E. Frederiksen
Botschafter, Botschaft des Königreichs Dänemark in Litauen

Stellvertreterinnen

Hanne Charlotte Findsen
Leitende Beraterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Marianne Kristensen
Leitende Beraterin, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

Berater

Mads Petersen
Referatsleiter, Nationale Ansprechperson, Gesundheitsministerium

Deutschland

Repräsentantinnen

Annette Widmann-Mauz
Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit

Dagmar Reitenbach
Leiterin, Referat Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Stellvertreter

Björn Kümmel
Fachlicher Berater, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Berater

Barbara Gerlach
Persönliche Assistentin der Parlamentarischen Staatssekretärin

Andrea Beck
Leiterin, Referat Protokoll, Sprachendienst, Besucherdienst, Verbindung zu in- und ausländischen Vertretungen, Bundesministerium für Gesundheit

Sylvia Heuser
Beraterin, Referat Protokoll, Sprachendienst, Besucherdienst, Verbindung zu in- und ausländischen Vertretungen, Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Ifland
Berater, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Cornelia Jarasch
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Parissa Parsa
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit

Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

Repräsentant

Jovan Grpovski
Berater, Stab des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Estland

Repräsentantinnen

Dr. Ivi Normet
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für Soziales

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

Stellvertreter

Maris Jesse
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

Jürgen Ojalo
Leitender Sachverständiger, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

Taavo Lumiste
Dritter Sekretär, Ständige Vertretung Estlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

S. E. Toomas Kukk
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Republik Estland in der Republik Litauen

Tiia Miller
Leitende Beraterin, Botschaft der Republik Estland in der Republik Litauen

Berater

Menno Stellingwerff
Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

Finnland

Repräsentant

Veli-Mikko Niemi
Generaldirektor, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Stellvertreterinnen

Taru Koivisto
Leiterin, Referat Gesundheitsförderung, Abteilung für Wohlfahrts- und Gesundheitsförderung, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Outi Kuivasniemi
Ministerberaterin, Leiterin des Referats für multilaterale Kooperation und internationale
Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Berater

Pasi Mustonen
Ministerberater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Eero Lahtinen
Ministerberater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Satu Leino
Hochrangige Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frankreich

Repräsentanten

Prof. Benoît Vallet
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen

Amélie Schmitt
Leiterin, Referat Internationale Gesundheitspolitik und Sozialschutz, Delegation für
europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Frauen

Stellvertreter

Marc Boisnel
Gesundheitsberater, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen
und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Emmanuelle Jouy
Referentin, Referat Internationale Gesundheitspolitik und Sozialschutz, Delegation für
europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Frauen

Berater

Katell Daniault
Referentin, Referat Internationale Gesundheitspolitik und Sozialschutz, Delegation für
europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Frauen

Philippe Douste-Blazy
Ehemaliger Minister

S. E. Philippe Jeantaud
Botschafter Frankreichs in Litauen

Aurélie Durand
Referentin, Botschaft Frankreichs in Litauen

Ruta Kisielyte
Dolmetscherin

Georgien

Repräsentant

Prof. Amiran Gamkrelidze
Generaldirektor, Staatliches Zentrum für Krankheitsbekämpfung und öffentliche
Gesundheit

Berater

I. E. Khatuna Salukvadze
Außerordentliche und bevollmächtigte Botschafterin, Botschaft Georgiens in der Republik
Litauen

George Paniashvili
Leitender Berater, Botschaft Georgiens in der Republik Litauen

Mariam Kasradze
Berater, Botschaft Georgiens in der Republik Litauen

Griechenland

Repräsentanten

Ioannis Baskozos
Generalsekretär für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

S. E. Iraklis Asteriadis
Botschafter, Botschaft Griechenlands in Litauen

Beraterin

Efthymia Karava
Gesundheitsexpertin, Ständige Vertretung Griechenlands bei dem Büro der Vereinten
Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Irland

Repräsentant

Ronan Toomey
Stellvertretender Leiter, Programm für Gesundheit und Wohlbefinden,
Gesundheitsministerium

Island

Repräsentant

Dr. Sveinn Magnússon
Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales

Stellvertreterin

Vilborg Ingólfssdóttir
Generaldirektorin, Abteilung für Qualitätssicherung und Prävention, Ministerium für Soziales

Israel

Repräsentantin

Dr. Isabella Karakis
Leiterin, Abteilung Umweltepidemiologie, Gesundheitsministerium

Italien

Repräsentanten

Dr. Raniero Guerra
Generaldirektor für Prävention, Gesundheitsministerium

Dr. Francesco Cicogna
Leiter, Büro III, Generaldirektion Europäische und internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Alberto Bertoni
Erster Berater für Gesundheitsfragen, Ständige Vertretung Italiens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Daniela Galeone
Leitende Gesundheitsbeamtin, Gesundheitsministerium

Beraterin

Cecilia Prezioso
Regierungsrätin, Generaldirektion für Öffentlichkeitsarbeit und europäische und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Kasachstan

Repräsentanten

S. E. Dr. Alexey Tsoy
Stellvertretender Gesundheitsminister

S. E. Baurzhan A. Mukhamejanov
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Republik Kasachstan in der Republik Litauen (nicht ansässiger Botschafter in der Republik Lettland, Republik Estland und Republik Finnland)

Stellvertreter

Olzhas Toguzbayev
Ministerialrat, Botschaft der Republik Kasachstan in der Republik Litauen

Kanat Turubayev
Konsul, Botschaft der Republik Kasachstan in der Republik Litauen

Berater

Daniyar Amirzhanov
Zweiter Sekretär, Botschaft der Republik Kasachstan in der Republik Litauen

Prof. Maksut Kulzhanov
Berater beim Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit, Kasachstan

Kirgisistan

Repräsentant

Prof. Talantbek Batyraliev
Gesundheitsminister

Kroatien

Repräsentanten

Marijan Cesarik
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Ranko Stevanović
Leiter, Assistenzprofessor, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

Stellvertreterin

Ingrid Szabó
Büroleiterin, Botschaft der Republik Kroatien in der Republik Litauen

Lettland

Repräsentantin

Līga Šerna

Stellvertretende Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Litauen

Repräsentantinnen

Rimantė Šalaševičiūtė
Gesundheitsministerin

Laimutė Vaidelienė
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Stellvertreter

S. E. Rytis Paulauskas
Botschafter, Ständige Vertretung Litauens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Antanas Matulas
Stellvertretender Vorsitzender, Gesundheitsausschuss, Parlament der Republik Litauen

Alma Monkauskaitė
Mitglied, Gesundheitsausschuss, Parlament der Republik Litauen

Juras Požela
Mitglied, Gesundheitsausschuss, Parlament der Republik Litauen

Prof. Juozas Pundzius
Stellvertretender Vorsitzender, Nationaler Gesundheitsrat

Valentin Gavrilov
Stellvertretender Gesundheitsminister

Jadvyga Zinkevičiūtė
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Aira Mečėjienė
Gesundheitspolitische Beraterin der Präsidentin, Litauisches Präsidialamt

Antanas Vinkus
Gesundheitspolitischer Berater des Ministerpräsidenten Litauens

Sandra Matulienė
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung Litauens bei dem Büro der Vereinten Nationen
und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Justina Januševičienė
Leiterin, Abteilung für Gesundheitsfinanzierung und Innovationsmanagement,
Gesundheitsministerium

Dr. Audrius Ščeponavičius
Leiter, Abteilung Öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsministerium

Dr. Audrone Astrauskienė
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Öffentliches Gesundheitswesen,
Gesundheitsministerium

Romalda Baranauskienė
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Individuelle Gesundheitsversorgung,
Gesundheitsministerium

Rima Vaitkienė
Leiterin, Referat Strategische Gesundheitsförderung, Gesundheitsministerium

Berater

Gedeminas Aleksonis
Leiter des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Birutė Abraitienė
Ministerialrätin, Ständige Vertretung Litauens bei dem Büro der Vereinten Nationen und
den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dalia Guobužienė
Beraterin der Ministerin, Gesundheitsministerium

Jurgita Kinderienė
Beraterin der Ministerin, Gesundheitsministerium

Janina Kumpienė
Beraterin der Ministerin, Gesundheitsministerium

Arvydas Skorupskas
Berater der Ministerin, Gesundheitsministerium

Aurelija Urbonienė
Beraterin des Referats Gesundheits- und Sozialwesen, Abteilung Öffentliche Verwaltung
und soziales Umfeld, Büro der Regierung der Republik Litauen

Giedrė Maksimaitytė
Leiterin, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Radvilė Jakaitienė

Leitende Sachverständige, Geschäftsführende Leiterin des Referats Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Odetā Vitkūnienė

Leitende Sachverständige, Referat für fachärztliche Versorgung, Abteilung Individuelle Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Jurgita Bilinskaitė

Leitende Sachverständige, Referat Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Almina Blažienė

Leitende Sachverständige, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Daiva Dudutienė

Leitende Sachverständige, Referat Gesundheitsstrategieplanung, Gesundheitsministerium

Aurimas Valys

Leitender Sachverständiger, Referat Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Mindaugas Simonaitis

Zweiter Sekretär, Abteilung Vereinte Nationen, internationale Organisationen und Menschenrechte, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Rimantas Zagrebajev

Leitender Sachverständiger, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Prof. Renaldas Jurkevičius

Generaldirektor, Krankenhaus der Litauischen Universität für Gesundheitswissenschaften

Prof. Kęstutis Strupas

Geschäftsführender Direktor, Universitätskrankenhaus Vilnius

Prof. Algirdas Utkus

Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Vilnius

Elena Jurevičienė

Leiterin der Betriebsabteilung, Universitätskrankenhaus Vilnius

Danguolė Jankauskienė

Beraterin des Geschäftsführenden Direktors, Universitätskrankenhaus Vilnius

Gintautas Barcys

Leiter, Staatliche Arzneimittelbehörde

Saulius Čaplinskas

Leiter, Zentrum für übertragbare Krankheiten und Aids

Remigijus Jankauskas
Leiter, Institut für Hygiene

Nora Ribokienė
Leiterin, Staatliche Behörde für Akkreditierung im Gesundheitswesen,
Gesundheitsministerium

Dr. Romualdas Sabaliauskas
Leiter, Zentrum für Gesundheitserziehung und Krankheitsprävention,
Gesundheitsministerium

Gintaras Kacevičius
Geschäftsführender Leiter, Nationaler Krankenversicherungsfonds,
Gesundheitsministerium

Auksė Bankauskaitė-Miliauskienė
Leiterin, Referat Krisenvorsorge, Bundesministerium für Gesundheit

Dalia Meiduvienė
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Ramunė Latypovienė
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentanten

Dr. Robert Goerens
Abteilungsleiter, Leitender Arzt, Abteilung Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion,
Gesundheitsministerium

Tatjana Konieczny
Attaché, Ständige Vertretung des Großherzogtums Luxemburg bei dem Büro der Vereinten
Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Malta

Repräsentant

Chris Fearne
Parlamentarischer Staatssekretär für Gesundheit, Ministerium für Energie und Gesundheit

Stellvertreter

Dr. Raymond Busuttil
Berater für öffentliche Gesundheit, Direktion für Gesundheitsförderung und
Krankheitsprävention

Beraterin

Marthese Johnson
Privatsekretärin, Parlamentarisches Sekretariat für Gesundheit, Ministerium für Energie
und Gesundheit

Monaco

Repräsentantinnen

Dr. Anne Nègre
Leiterin, Abteilung Gesundheit und Soziales, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Elisabeth Lanteri-Minet
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Auswärtige
Angelegenheiten und Kooperation

Montenegro

Repräsentant

Dr. Boban Mugosa
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

Niederlande

Repräsentant

Herbert Barnard
Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit,
Gemeinwohl und Sport

Stellvertreter

Gert-Jan Rietveld
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten
Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Pieter de Coninck
Leitender Berater, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit,
Gemeinwohl und Sport

Berater

Seriana van den Berg
Referentin, Abteilung WHO und UNAIDS, multilaterale Organisationen und
Menschenrechte, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Prof. Hans van Oers
Wissenschaftsreferent, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt

Norwegen

Repräsentant

Dr. Bjørn Dagfinn Guldvog
Generaldirektor, Oberster Gesundheitsbeamter, Gesundheitsdirektion

Stellvertreter

Nina Horg Thoresen
Geschäftsführende Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

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

Linda Granlund
Abteilungsleiterin, Gesundheitsdirektion

Arne-Petter Sanne
Abteilungsleiter, Gesundheitsdirektion

Anders Lamark Tysse
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Kjetil Bordvik
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Eivind Berg Weibust
Berater, Abteilung Globale Gesundheitspolitik, Gesundheitsdirektion

Österreich

Repräsentant

Martin Mühlbacher
Stellvertretender Leiter, Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik und WHO, Bundesministerium für Gesundheit

Stellvertreterin

Aziza Haas
Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik und WHO,
Bundesministerium für Gesundheit

Berater

Dr. Flora Haderer
Projektkoordination für die Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit und medizinische
Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit

Dr. Ilana Ventura
Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, Bundesministerium für Gesundheit

Lukas Bauer
Praktikant, Botschaft Österreichs in Litauen

Polen

Repräsentantin

Ms Katarzyna Rutkowska
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit,
Gesundheitsministerium

Stellvertreter

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

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

Ewa Piasecka
Leitende Sachverständige, Abteilung Internationale Zusammenarbeit,
Gesundheitsministerium

Wojciech Gwiazda
Erster Sekretär, Ständige Vertretung Polens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den
anderen internationalen Organisationen in Genf

Portugal

Repräsentanten

Dr. Fernando Leal da Costa
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Francisco George
Generaldirektor für Gesundheit, Generaldirektion Gesundheit

Stellvertreter

Dr. Fernando Almeida
Präsident, Staatliches Gesundheitsinstitut

Eva Sofia Moço Falcão
Leiterin, Koordination der internationalen Beziehungen, Gesundheitsministerium

Beraterin

Dr. Catarina Sena
Stellvertretender Generaldirektor für Gesundheit, Generaldirektion Gesundheit

Republik Moldau

Repräsentantin

Ruxanda Glavan
Gesundheitsministerin

Stellvertreter

Dr. Victor Savin
Leiter des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Victor Palii
Geschäftsträger, Botschaft der Republik Moldau in Litauen

Beraterin

Tatiana Păduraru
Beraterin für externe Hilfe, Gesundheitsministerium

Rumänien

Repräsentanten

Dr. Teohari-Răzvan Vulcănescu
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Alexandru Rafila
Persönlicher Berater des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Oana Cătălina Grigore
Leiterin, Medienbeziehungen, europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Russische Föderation

Repräsentantin

Dr. Svetlana Axelrod
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und
Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Berater

Dr. Elena Baybarina
Leiterin, Abteilung Mütter- und Kindergesundheit, Gesundheitsministerium

Pavel Esin
Berater, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,
Gesundheitsministerium

Aleksey Novozhilov
Dritter Sekretär, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei dem Büro der
Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Oleg Sonin
Zweiter Sekretär, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei der Europäischen
Union

Anastasia Smirnova
Leiterin, Referat Internationale Zusammenarbeit, Föderale Aufsichtsbehörde für
Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Dr. Olga Novoselova
Leitende Sachverständige, Abteilung für epidemiologische Überwachung, Föderale
Aufsichtsbehörde für Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Dr. Anna Korotkova
Stellvertretende Leiterin, Fragen der internationalen Zusammenarbeit, Föderales
Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme,
Gesundheitsministerium

Prof. Mark Tseshkovsky
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Föderales Forschungsinstitut für
Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Gesundheitsministerium

Dr. Galina Maslennikova
Leitende Wissenschaftlerin, Abteilung Prävention von Komorbiditäten, Staatliches
Forschungszentrum für Präventivmedizin beim Gesundheitsministerium der Russischen
Föderation

Olga Zhiteneva
Leitende Sachverständige, Abteilung Arzneimittelversorgung und Regulierung
medizinischer Geräte, Gesundheitsministerium

Dr. Marina Popovich
Leiterin, Abteilung Integrierte Präventionsprogramme, Staatliches Forschungszentrum für
Präventivmedizin beim Gesundheitsministerium der Russischen Föderation

San Marino

Repräsentant

S. E. Francesco Mussoni
Minister für Gesundheit, soziale Sicherheit, Familie, nationale Krankenversicherung und
ökonomische Planung

Stellvertreterin

Bianca Caruso
Generaldirektorin, Institut für soziale Sicherheit

Berater

Dr. Andrea Gualtieri
Leiter, Gesundheitsbehörde für die Genehmigung, Akkreditierung und Qualität von
Gesundheitsleistungen, Staatliches Sekretariat für Gesundheit und Soziales

Schweden

Repräsentant

Dr. Lars-Erik Holm,
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Soziales

Stellvertreter

Anna Halén
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Schwedens bei dem Büro der Vereinten Nationen und
den anderen internationalen Organisationen in Genf

Anna Hedin
Stellvertretende Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Bosse Pettersson
Leitender Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Soziales

Kerstin Carlsson
Programmreferentin, EU-Koordinierung, Staatliches Amt für Gesundheit und Soziales

Cristina Mattsson Lundberg
Internationale Analytikerin, Sondereinheit des Generaldirektors für strategische Analysen,
Staatliche Gesundheitsbehörde

Anna-ChuChu Schindele
Analytikerin, Staatliche Gesundheitsbehörde

Gabriel Andreasson
Referatsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Erik Svanfeldt
Internationaler Koordinator, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

Schweiz

Repräsentantin

Tania Dussey-Cavassini
Vize-Direktorin, Botschafterin für globale Gesundheitspolitik, Abteilung Internationales,
Bundesamt für Gesundheit

Stellvertreter

Leo Karrer
Diplomatischer Berater, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten,
Ständige Vertretung der Schweiz bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen
internationalen Organisationen in Genf

Berater

Alexandre von Kessel
Wissenschaftlicher Berater, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Caroline Clarinval
Wissenschaftliche Beraterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Enrichetta Placella
Beraterin für Gesundheitsfragen, Abteilung Gemeinschaft unabhängiger Staaten,
Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit

Serbien

Repräsentant

Prof. Predrag Sazdanović
Stellvertretender Minister, Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit,
Gesundheitsministerium

Slowakei

Repräsentanten

Dr. Mario Mikloši
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Peter Bak
Leiter, Abteilung EU-Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit,
Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Elena Jablonická
Abteilung EU-Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit,
Gesundheitsministerium

Berater

Prof. Ivan Solovič
Leiter, Abteilung Lungenheilkunde, Staatliches Institut für Tuberkulose,
Lungenerkrankungen und Thoraxchirurgie

Slowenien

Repräsentantinnen

Milojka Kolar Celarc
Gesundheitsministerin

Dr. Vesna-Kerstin Petrič
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten,
Gesundheitsministerium

Stellvertreterinnen

Liza Zorman
Beraterin, Direktion für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Majda Hostnik
Sekretärin, Gesundheitsministerium

Spanien

Repräsentanten

Emilio Fernandez-Castaño
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft Spaniens in der Republik
Litauen

Dr. Elena Andradas
Stellvertretende Leiterin, Referat für Gesundheitsförderung und Epidemiologie,
Generaldirektion für öffentliche Gesundheit, Qualität und Innovation, Ministerium für
Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

Stellvertreterinnen

Dr. Pilar Campos
Bereichsleiterin, Stellvertretende Generaldirektorin für Gesundheitsförderung und
Epidemiologie, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

Esther Rodriguez-Machado
Bereichsleiterin, Stellvertretende Generaldirektorin für internationale Beziehungen,
Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

Tadschikistan

Repräsentantin

Dr. Lola Bobohojieva
Erste Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale Sicherheit

Stellvertreterin

Dr. Rano Rahimova
Leiterin, Direktion Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und soziale
Sicherheit

Tschechische Republik

Repräsentanten

Dr. Svatopluk Němeček
Gesundheitsminister

Dr. Tom Philipp
Stellvertretender Minister für Krankenversicherung, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Katerina Bathová
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration,
Gesundheitsministerium

S. E. Bohumil Mazánek
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Tschechischen
Republik in Litauen

Daniel Míč
Berater, Stellvertretender Leiter, Ständige Vertretung der Tschechischen Republik bei dem
Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Berater

Marcela Kubicová
Leiterin, Referat Bilaterale Zusammenarbeit und internationale Organisationen,
Gesundheitsministerium

Petr Vávra
Berater, Stellvertretender Leiter der Mission, Botschaft der Tschechischen Republik in
Litauen

Dana Lupačová
Referentin, Referat Bilaterale Zusammenarbeit und internationale Organisationen,
Gesundheitsministerium

Türkei

Repräsentanten

Dr. İrfan Şencan
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

I. E. Aydan Yamancan
Botschafterin, Botschaft der Republik Türkei in der Republik Litauen

Stellvertreter

Dr. Öner Güner
Generaldirektor für Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Generaldirektion für Auswärtige
und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinılıç
Vizepräsident, Institut für öffentliche Gesundheit der Türkei, Gesundheitsministerium

Dr. Seher Musaonbaşıoğlu
Vizepräsidentin, Institut für öffentliche Gesundheit der Türkei, Gesundheitsministerium

Dr. Hakkı Gürsöz
Stellvertretender Vorsitzender, Generaldirektion für Arzneimittel und Pharmazie,
Gesundheitsministerium

Berater

Dr. Ahmet Metin
Berater des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Özlem Kural
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung der Türkei bei dem Büro der Vereinten Nationen und
den anderen internationalen Organisationen in Genf

Yusuf Irmak
Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium

Erdem Karal
Erster Sekretär, Botschaft der Republik Türkei in der Republik Litauen

Çetin Doğan Dikmen
EU-Experte, Generaldirektion für Auswärtige und EU-Angelegenheiten,
Gesundheitsministerium

Dr. Canan Yılmaz
Arzt, Generaldirektion für Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Asude Guler
Expertin, Generaldirektion für Auswärtige und EU-Angelegenheiten,
Gesundheitsministerium

Turkmenistan

Repräsentantin

Dr. Guzaliya Gazizova
Leiterin, Abteilung Hygienekontrolle, Staatlicher Hygiene- und Epidemiologie-
Kontrolldienst

Stellvertreter

Begmyrat Gutlyyev
Kommissarischer Leiter, Abteilung Medizinisch-soziale Fachkompetenz, Ministerium für
Gesundheit und pharmazeutische Industrie

Berater

Dr. Gylychnepes Annanepesov
Leiter, Internationales Zentrum für die Behandlung von Augenerkrankungen

Ukraine

Repräsentant

Alexander Kvitashvili
Gesundheitsminister

Dr. Ihor Perehinets
Stellvertretender Gesundheitsminister

Stellvertreter

Anastasiia Ostrovska
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Mykola Prodanchuk
Leiter, Medved-Institut für Ökohygiene und Toxikologie, Gesundheitsministerium

Ungarn

Repräsentant

S. E. Dr. István Mikola
Staatssekretär für Sicherheitspolitik und internationale Zusammenarbeit, Ministerium für
Auswärtige Angelegenheiten und Außenhandel

Stellvertreter

Dr. Attila Beneda
Staatssekretär für Gesundheit (kommissarisch), Ministerium für menschliche Entwicklung

Dr. Hanna Páva
Leiterin, Zentrum für Registrierung und Schulung im Gesundheitsbereich,
Gesundheitsministerium

Dr. Bálint Tombor
Kabinettschef, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten und Außenhandel

Berater

Dr. Árpád Mészáros
Stellvertretender Leiter, Abteilung EU-Angelegenheiten und internationale Organisationen,
Referat für EU-Fragen und internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Ministerium für
menschliche Entwicklung

Zsófia Nógrádi-Barkaszi
Erste Sekretärin, Stellvertretende Leiterin der Mission, Botschaft Ungarns in Litauen

Usbekistan

Repräsentant

Dr. Anvar Alimov
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Dr. Abdunomon Sidikov
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Repräsentanten

Kathryn Tyson
Leiterin, Abteilung Internationale Gesundheit und öffentliche Gesundheitsdienste,
Gesundheitsministerium

Andrew Black
Leiter, Referat Multilaterale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Nicky Shipton-Yates
Beauftragte, Beziehungen zur WHO, Gesundheitsministerium

Zypern

Repräsentant

S. E. George Pamboridis
Gesundheitsminister

Stellvertreterin

Dr. Olga Kalakouta
Oberste Gesundheitsbeamtin, Gesundheitsministerium

Berater

Anastasios Ioannou
Beauftragter für das Gesundheitswesen, Gesundheitsministerium

II. Beobachter aus Mitgliedstaaten aus anderen Regionen

Vereinigte Staaten von Amerika

Repräsentant

Jimmy Kolker

Stellvertretender Sekretär für globale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziales der Vereinigten Staaten

Stellvertreter

Dr. Peter Schmeissner

Leiter des Büros für Europa und das nördliche Eurasien, Büro des Stellvertretenden Sekretärs für globale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziales der Vereinigten Staaten

III. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderen Organisationen

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen

Tony Alonzi
Stellvertretender Repräsentant der Region, Regionalbüro für Europa und Zentralasien

Internationale Atomenergie-Organisation

Joanna Izewska
Laborleiterin

Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids

Vinay Patrick Saldanha
Leiter, Regionales Unterstützungsteam für Osteuropa und Zentralasien

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

Dr. Octavian Bivol
Regionalberater, Gesundheit und Ernährung
Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen

Dr. Christoph Hamelmann
Leiter, Regionalteam HIV, Gesundheit und Entwicklung
Regionalzentrum für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten

Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

Heimo Laakkonen
Leiter, Regionalbüro für Osteuropa und Zentralasien

IV. Repräsentanten anderer zwischenstaatlicher Organisationen

Europäische Union

Dr. Vytenis Andriukaitis
Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Arunas Vinciunas
Kabinettschef von Kommissar Andriukaitis

Vilija Sysaite
Mitglied des Kabinetts von Kommissar Andriukaitis

Dr. Isabel de la Mata
Leitende Beraterin mit Schwerpunkt auf Gesundheitsfragen, Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Europäische Kommission

Sylvain Giraud
Referatsleiter, Strategische und internationale Fragen, Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Europäische Kommission

Dr. Canice Nolan
Stellvertretende Referatsleiterin, Strategische und internationale Fragen, Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Europäische Kommission

Maya Matthews
Erste Sekretärin, Ständige Vertretung der Europäischen Union bei den Vereinten Nationen in Genf

Jean-Baptiste Le Bras
Referent, Strategische und internationale Fragen, Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Europäische Kommission

V. Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten

Alzheimer's Disease International

Vanessa Challinor

Framework Convention Alliance for Tobacco Control

Nonguebzanga Maxime Compaoré

Internationale Allianz der Patientenorganisationen

Kawaldip Sehmi

U Hla Htay

Ziede Mesonyte

Internationale Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe

Dr. Sigita Lesinskienė

Internationaler Verband für Hospiz- und Palliativarbeit

Dr. Rita Kabašinskienė

Internationaler Hebammenverband

Dr. Rita Borg-Xuereb

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger

Danutė Margelienė

Aušra Volodkaitė

Internationale Diabetes-Föderation

Sandra Bršec Rolih

Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen

Alberto Abreu da Silva

Diogo Fernandes da Silva

Kornelija Macevičiūtė

Michalina Anna Drejza

Andrej Martin Vujkovic

Krista Svilāne

Internationaler Krankenhausverband

Dr. Risto Miettunen

International Pharmaceutical Federation

Dr. Theodorus F.J. Tromp

Medicus Mundi International

Linda Mans

Dr. Julian Eckl

Weltverband der Ergotherapeuten

Samantha Shann
Stephanie Saenger
Giedre Kavaliauskiene

Weltverband der Anästhesiologen-Gesellschaften

Dr. Daniela Filipescu
Prof. Jūratė Šipylaitė

World Hepatitis Alliance

Charles Gore

Weltverband praktischer Ärzte

Prof. Job Metsemakers
Dr. Anna Stavdal

VI. Beobachter

AIDS Healthcare Foundation

Zoya Shabarova
Anna Żakowicz

Center for Health Policy and Studies (PAS Center)

Viorel Soltan
Dr. Stela Bivol

EuroHealthNet

Caroline Costongs

European Forum for Primary Care

Dr. Arnoldas Jurgutis

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände

Valentina Sarkisova
Natalia Serebrennikova
Mervi Jokinen

European Health Forum Gastein

Helmut Brand
Dorli Kahr-Gottlieb

European Junior Doctors

Dr. Martynas Gedminas
Dr. Rokas Laurinaitis

European Patients Forum

Nicola Bedlington

European Public Health Alliance

Sascha Marschang

European Respiratory Society

Dr. Giovanni Sotgiu

GAVI Allianz

Anuradha Gupta
Colette Selman

Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften

Dr. Lasha Gogvadze

Internationales Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Dr. Thor Bern Jensen

Institut für Sportwissenschaften und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Alfred Ruetten

Netzwerk Regionen für Gesundheit

Elisabeth Bengtsson

SmokeFree Partnership

Florence Berteletti

Standing Committee of European Doctors

Birgit Beger

Partnerschaft „Stopp der Tb“

Dr. Lucica Ditiu

TB Europe Coalition

Fanny Voitzwinkler
Sergey Filippovych

Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Mark Dybul
Nicolas Cantau

Gäste und Berater auf Zeit

Prof. Róza Ádány
Dr. Elena Azzolini
Prof. Aurelija Blaževičienė
Prof. James Buchan
Dr. Yves Charpak
Dr. Marc Danzon
Prof. Vilius Grabauskas
Prof. Michel Kazatchkine
Prof. Ilona Kickbusch
Dr. Mihály Kökeny
Helge K. Larsen
Prof. Jūratė Macijauskienė
David McDaid
Prof. Martin McKee
Dr. Robertas Petkevičius
Prof. Walter Ricciardi
Dr. Yvonne Robb
Aušra Šačkutė
Prof. Walter Sermeus
Dr. Jolanta Toliušienė
Prof. Tomris Türmen
Prof. Jean White

Anhang 4. Ansprache der Regionaldirektorin

Königliche Hoheit, sehr geehrte Frau Generaldirektorin, sehr geehrter Herr Exekutivdirektor des Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, sehr geehrter Herr Sondergesandter des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für HIV/Aids in Osteuropa und Zentralasien,

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

Mehr Gesundheit für Europa, mehr Chancengleichheit und mehr Nachhaltigkeit: auf dieses Ziel haben wir uns verständigt.

Das vergangene Jahr war voller Herausforderungen. Wir haben Ebola bekämpft, mussten Kinder an Masern und Diphtherie sterben sehen und erleben gerade neue Fälle von Polio in der Region sowie einen gewaltigen Zustrom an Flüchtlingen und Migranten, von denen viele uns um Hilfe bitten.

In vielen Bereichen haben wir Fortschritte erzielt, doch in anderen müssen wir mehr tun und besser werden.

Zentrale Indikatoren für „Gesundheit 2020“, wie etwa die Lebenserwartung, zeigen, dass die europäische Bevölkerung immer länger lebt und dass gesundheitliche Unterschiede schwinden: klare Zeichen dafür, dass die Ungleichheit abnimmt und „Gesundheit 2020“ funktioniert. Der Abstand zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung beträgt aber weiter elf Jahre.

Die Region ist auf gutem Weg hinsichtlich des Abbaus vorzeitiger Sterblichkeit aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen und die Bevölkerung legt zusehends gesundheitsgefährdendes Verhalten ab. Allerdings wird in der Europäischen Region immer noch mehr geraucht und getrunken als in jeder anderen Region der Welt und Europa zählt auch zu den Regionen mit den höchsten Adipositasraten.

Immer mehr Entscheidungsträger nutzen kohärente und integrierte Konzepte mit stark sektorübergreifenden Elementen und „Gesundheit 2020“ dient ihnen hierbei als Wegweiser. Zwischen 2010 und 2013 hat sich der Anteil der Länder, deren Gesundheitspolitik mit „Gesundheit 2020“ abgeglichen wurde, von 38% auf 70% fast verdoppelt. Und das erfüllt mich mit Stolz.

Die Fortschritte zeigen uns, was wir mit Entschlossenheit erreichen können, aber auch, dass noch viele Herausforderungen vor uns liegen und die zentrale strategische Stoßrichtung von „Gesundheit 2020“ nichts von ihrer Relevanz verloren hat.

Alle Determinanten von Gesundheit, die sozialen, ökonomischen und ökologischen Herausforderungen und demografischen Veränderungen, wirken sich sowohl auf die Gesundheit der Menschen als auch auf die Gesundheitssysteme aus. Exemplarisch seien hier nur alternde Bevölkerungen und die Mobilität des Gesundheitspersonals erwähnt.

Nur Regierungen, die Gesundheit in ihrer Gesellschafts-, Wirtschafts- und Entwicklungspolitik einen hohen Stellenwert einräumen, werden diese Herausforderungen überwinden können. Gesundheit ist eine Frage des politischen Willens.

„Gesundheit 2020“ fördert die richtigen politischen Entscheidungen für die Gesundheit. Unsere zentrale Aufgabe ist der Schutz der Gesundheit als universellem Wert und ihre Förderung als sozialem und politischem Ziel von Staat und Gesellschaft insgesamt.

Die wirtschaftlichen Argumente für Investitionen in die Gesundheit sind gewichtig. Derartige Investitionen erzeugen auf kosteneffektive Weise gesundheitlichen Gewinn und ökonomischen, sozialen und ökologischen Nutzen. Der Ruf des Gesundheitssektors nach staatlichen Investitionen in die Gesundheit muss eine solche Veränderung bewirken. Wir müssen diese Botschaft lautstark verbreiten.

Zum Beispiel liegen uns aktuelle Erkenntnisse vor, wonach jeder in die reproduktive Gesundheit und die Gesundheit von Mutter und Kind investierte Betrag eine mehr als zwanzigfache Rendite erbringt. Auch für nichtübertragbare Krankheiten gilt eindeutig, dass sinnvoll getätigte Interventionen zu ihrer Bewältigung sich rentieren.

Morgen können wir stolz die Studie zur Ökonomie der Prävention vorstellen, eine weitere von Regionalbüro, Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erstellte Untersuchung zur Unterstützung von „Gesundheit 2020“. Mein Dank geht in diesem Zusammenhang an die Regierung Belgiens, die das Observatorium beherbergt.

Die derzeitigen Investitionen in Gesundheit und Gesundheitswesen reichen nicht aus. Wir müssen mehr investieren. Da muss es uns alarmieren, dass zwischen 2007 und 2011 der Anteil der Gesundheitsausgaben an den öffentlichen Ausgaben in 24 Ländern der Region zurückging. Wenn neue Quellen erschlossen und alle Effizienzreserven genutzt werden und zugleich Gesundheit hohe Priorität genießt, müssten sich doch in allen Ländern ausreichend Mittel finden lassen.

Die Gesundheitspolitiker können dies aber nicht alleine schaffen, sondern sie benötigen partnerschaftliche Zusammenarbeit, besonders mit Sozial- und Finanzpolitikern.

Meine Damen und Herren!

ohne gesundheitlichen Fortschritt gibt es überhaupt keinen Fortschritt. Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für Armutsbekämpfung und sowohl Maßeinheit als auch Ergebnis der Fortschritte auf eine nachhaltige Gesellschaft zu.

Was für ein aufregendes Jahr! In zehn Tagen werden Staats- und Regierungschefs der Welt zusammenkommen, um auf dem Gipfeltreffen der Vereinten Nationen die Agenda für eine nachhaltige Entwicklung zu beschließen und damit der Armut bis 2030 ein Ende zu bereiten. Diese Agenda wird universelle Ziele enthalten, die für jedes Land gelten, nicht nur für die Entwicklungsländer.

Unter den 17 Zielen für eine nachhaltige Entwicklung nimmt das Gesundheitsziel eine zentrale Stellung ein. Mit ihm soll ein gesundes Leben gesichert und das Wohlbefinden aller Menschen jeden Alters gefördert werden. Dabei wird zunehmend anerkannt, dass dieses neue

Gesundheitsziel auch das Streben nach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung in jeder Gemeinde und jedem Land der Welt bedeutet.

Die Formulierung des Gesundheitsziels erfolgte in vollkommenem Einklang mit „Gesundheit 2020“. Dies wurde auch während der Konsultation in der Region zu den Zielen für eine nachhaltige Entwicklung nach 2015 bestätigt, wo „Gesundheit 2020“ als europäischer Rahmen dieser neuen Vision für die Gesundheit bezeichnet wurde.

Eine Beschränkung auf das Gesundheitsziel aber würde verpasste Chancen bedeuten. Sämtliche Ziele für eine nachhaltige Entwicklung wirken sich auf die Gesundheit aus, denn sie greifen ihre Determinanten auf. Die Agenda 2030 wird unterschiedliche Aspekte von Entwicklung, hierunter auch Gesundheit, mit Umwelt, Wohlstand und Aktionen und Konzepten verknüpfen, die allen Menschen nützen.

Jetzt tragen wir eine historische politische Pflicht, die Einbeziehung von Gesundheit und Wohlbefinden in jedes einzelne Ziel zu betreiben. Wir haben die Chance, das von uns mit „Gesundheit 2020“ angestrebte gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Vorgehen in die Praxis umzusetzen.

Die neue Entwicklungsagenda muss in nationale Pläne übertragen werden, in denen Gesundheit der Dreh- und Angelpunkt ist. Wir sind fest entschlossen, Sie in der Umsetzung ihrer nationalen Entwicklungspläne zu unterstützen.

„Gesundheit 2020“ ist der Schlüssel zu konzeptioneller Erneuerung und unsere Erwartungen aus dem Jahr 2011 gehen jetzt in Erfüllung. Alle Mitgliedstaaten haben die Prinzipien aus „Gesundheit 2020“ mit Enthusiasmus angenommen.

Sie, meine Damen und Herren, zeigen uns, dass sich reale gesundheitliche Verbesserungen erzielen lassen, wenn Regierungen ressortübergreifend zusammenarbeiten. Ressortübergreifendes Handeln ist für die Politikkohärenz entscheidend und bietet die Grundlage einer Rechenschaftspflicht für Gesundheit. Dies ist auch das Hauptthema des Regionalkomitees in diesem Jahr.

Ressortübergreifende Maßnahmen für die Gesundheit erfordern politische Entschlossenheit. Sie sollten sich auf wesentliche gesundheitspolitische Prioritäten konzentrieren und vor anderen Interventionen die Determinanten von Gesundheit und Chancengleichheit aufgreifen, maximale Wirkung anstreben und Partnerschaften von beiderseitigem Nutzen begründen.

Unsere Region verfügt über viel Erfahrung mit der ressort- und sektorübergreifenden Arbeit, etwa in Verbindung mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften, antimikrobiellen Resistenzen und der Finanzierung von Gesundheitssystemen, wo es eine Zusammenarbeit mit den Finanzministerien gab.

Ein konkretes Beispiel ist der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa. Mit 26 Jahren an reichen Erfahrungen bietet er ein gutes Beispiel erfolgreicher sektorübergreifender Arbeit.

Hier treffen sich verschiedene Politikbereiche und Sektoren auf Augenhöhe und der Europäische Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit veranschaulicht die Bedeutung gut strukturierter politischer Prozesse. Die Europäische Sonderarbeitsgruppe Umwelt und

Gesundheit sorgt für Rechenschaftspflicht und schafft eine starke Anbindung an die nationale Umsetzung.

Dank großzügiger Unterstützung durch die Bundesrepublik Deutschland hat unser Fachzentrum in Bonn mit Erkenntnissen und Fachwissen die Bewältigung der Herausforderungen im Bereich Umwelt und Gesundheit in der Region unterstützt.

Wir danken Israel für die Ausrichtung der erfolgreichen Zwischenbilanztagung in Haifa. Aus ihr ging ein Fahrplan zur Vorbereitung der Sechsten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (2017) hervor. Ich lade Sie alle dazu ein, sich aktiv an den Vorbereitungen zu beteiligen.

Mit „Gesundheit 2020“ rückt die Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und den Aufbau von Gesundheitskompetenz in den Vordergrund. Sozialpolitik (von der Beschäftigungs- über die Bildungs- bis zur Wohnungspolitik) muss zu einer strategischen Priorität werden. Wir erörterten dies während der Zusammenkünfte in Paris im April und der Initiative kleiner Länder in Andorra im Juni.

Gesundheit hat auch für außenpolitische Prozesse und die Entwicklungszusammenarbeit eine große Bedeutung. Wir haben dies mit Ihnen im April in Berlin und auch während des Internationalen Gesundheitsforums in Aschgabat im Juli erörtert und wir möchten die Mitgliedstaaten in den kommenden Jahren weiter in dieser Hinsicht unterstützen. Wir freuen uns darauf, während des Ministerpodiums morgen von ihren Erfahrungen zu hören.

Ressortübergreifende Prozesse zu führen, erfordert neue Denkweisen und neue Fähigkeiten in den Gesundheitsministerien. Diese fortlaufenden Prozesse zeigen bereits positive Ergebnisse. Wir unterstützen die Schaffung ressortübergreifender Ausschüsse in den Ländern. Wir haben für unterschiedliche Ressorts und Sektoren thematische Grundsatzpapiere als Beitrag zu einer veränderten Tagesordnung und erfolgreichen Debatte erstellt.

Konsultationen zur Beteiligung interessierter Mitgliedstaaten werden helfen, die ressortübergreifende Zusammenarbeit in der Europäischen Region zur Unterstützung der nationalen Umsetzung zu fördern. Sie ermöglichen Gespräche, Erfahrungsaustausch und gemeinsame Maßnahmen unterschiedlicher Nationen, Institutionen und Sektoren. Wir schlagen vor, uns anfangs auf das Bildungs-, Finanz- und Sozialwesen zu konzentrieren und so die sozialen Determinanten anzugehen und die Gesundheitskompetenz zu fördern.

Meine Damen und Herren!

wir haben intensiv an der erfolgreichen Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitskonzepte in Anlehnung an „Gesundheit 2020“ gearbeitet. Netzwerke haben sich zu einem mächtigen Forum für den Austausch praktischer Erfahrungen in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in den Ländern entwickelt.

Zum Beispiel engagieren sich die Länder des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) sehr für zwischenstaatliche ressortübergreifende Maßnahmen und haben in Verbindung mit der SEE-2020-Strategie eine weitere Verstärkung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ vereinbart.

Die Initiative der kleinen Länder ist ein weiteres effizientes Netzwerk. Es wurde durch „Gesundheit 2020“ inspiriert und bekennt sich zu einer entsprechenden Anpassung der

nationalen Gesundheitskonzepte und die Umsetzung der Vision, wie es im Manifest von San Marino und später in der Erklärung von Andorra zum Ausdruck kam.

Mir wurde im vergangenen Monat die Ehre zuteil, den St.-Agatha-Orden der Republik Marino für den Einsatz für mehr Gesundheit in San Marino und der Europäischen Region zu erhalten. Ich sehe hierin den klaren Ausdruck der Wertschätzung von sowohl „Gesundheit 2020“ als auch der Arbeit der WHO.

Auch auf örtlicher Ebene ist Führungsarbeit für sektorübergreifende Maßnahmen sehr wichtig und kann sehr innovativ sein. Die Netzwerke „Gesunde Städte“ und „Regionen für Gesundheit“ helfen in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf subnationaler Ebene und beim Erfahrungsaustausch. Morgen werden wir mehr hierzu hören.

Unser Dank gilt der Republik Italien für die Unterstützung des Fachzentrums in Venedig für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung, das wichtige Beiträge zu unserer Arbeit in diesem Bereich leistet.

Gestatten Sie mir nun, mich dem Themenkomplex der übertragbaren Krankheiten zuzuwenden. Zwar wurden viele Fortschritte erzielt, doch sind diese Krankheiten immer noch eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik in Europa.

In den vergangenen fünf Jahren hat die Welt im Kampf gegen Tuberkulose erhebliche Fortschritte erzielt. So konnten über eine Million Tuberkulosepatienten geheilt, etwa 200 000 Fälle von multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) verhindert und insgesamt mehr als 2,6 Mio. Menschenleben gerettet werden.

Die Tuberkuloseinzidenz ging in den vergangenen fünf Jahren jährlich um 6% zurück, was schneller ist als in jeder anderen Region der WHO. Alle aufgedeckten Fälle von MDR-Tb werden heute behandelt, wogegen es 2011 nur 63% waren.

Ausgedehnte Maßnahmen und partnerschaftliche Initiativen wurden unter Ihrer Führung und durch Ihre Entschlossenheit möglich. Sie haben Ihr Engagement durch die Erklärung von Riga während der ersten Konferenz der Östlichen Partnerschaft im März erneut bestätigt. Mein Dank geht an Lettland für seine Führungsarbeit während der Ratspräsidentschaft der Europäischen Union (EU).

Dennoch ist dies nicht genug, um der Epidemie bis 2035 ein Ende zu setzen und Tuberkulose bis 2050 zu eliminieren. Durch den vorgeschlagenen Aktionsplan der Europäischen Region gegen Tuberkulose werden nach unseren Schätzungen mehr als 1,4 Millionen Menschen geheilt werden, 1,7 Millionen neue Fälle werden verhindert und somit über 3 Millionen Menschenleben gerettet und 48 Mrd. US-\$ gespart. Dies wird Ihnen am Mittwoch präsentiert werden und ich bitte Sie um die Fortsetzung Ihres Engagements in dieser Frage, damit unser Traum von der Eliminierung der Tuberkulose zu unseren Lebzeiten wahr wird.

Leider gibt es in der Bekämpfung von HIV nicht so gute Fortschritte. Mit 136 000 Neuinfektionen erreichte das Jahr 2014 einen neuen Höchststand, was gegenüber 2004 einen Anstieg von 80% bedeutet.

Seit 2010 habe ich wiederholt um Aufmerksamkeit für diese alarmierende Lage gebeten und zu konzertiertem Handeln aufgefordert. Uns liegen die erforderlichen Erkenntnisse vor und

wir wissen, was funktioniert. Nur eine entschlossene Umsetzung evidenzbasierter Konzepte wird uns ins Ziel führen und die Epidemie bis 2030 beenden.

Virale Hepatitis wird in der Region generell zu wenig thematisiert, dabei leben nach Schätzungen 13 Millionen Menschen mit chronischer Hepatitis B und 15 Millionen mit chronischer Hepatitis C, was zu ca. 400 Todesfällen täglich führt.

Obwohl es heute Therapien gegen Hepatitis B und C gibt, stellen Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit die meisten Länder vor große Herausforderungen. Wir müssen umfassend gegen diese lautlose Todesgefahr vorgehen, die dafür vorhandenen Werkzeuge nutzen und vor allem die Prävention ausbauen.

Wenn wir am Donnerstag die globalen Strategien für den Gesundheitssektor erörtern, sehe ich ihren Beiträgen zur Festlegung dessen erwartungsvoll entgegen, wie das Regionalbüro Sie in der Bekämpfung dieser Gefahren für die öffentliche Gesundheit unterstützen kann.

Wir stehen kurz vor einem historischen Erfolg: der Eliminierung der Malaria bis Ende 2015. Es gibt heute in der gesamten Region keinen Fall lokal übertragener Malaria mehr. Ich erlaube mir daher, Ihnen und allen Akteuren für das Engagement und die Entschlossenheit zu danken und uns zu diesem Erfolg zu gratulieren.

Dies ist ein großer Erfolg, doch bleibt die Lage fragil und wir müssen wachsam bleiben. Ich fordere Sie alle dazu auf, in ihrem politischen Willen nicht nachzulassen. Dies wird auch im Fokus einer hochrangigen Konsultationstagung in Turkmenistan stehen, die im Februar nächsten Jahres stattfinden wird.

Durch Impfung vermeidbare Krankheiten belasten weiter unsere Region. Wenn wir Kinder durch Diphtherie oder Masern verlieren und Tausende an Masern erkranken, dann ist dies ein düstere Ermahnung, dass wir unsere Arbeit noch nicht erledigt haben. Akzeptanz des Status quo ist keine Option.

Nichts gemahnt uns stärker zur Wachsamkeit als die Wiederkehr der Poliomyelitis. Dass am 28. August in der Ukraine zwei Fälle gemeldet wurden, ist insbesondere angesichts der großen Gruppen ansteckungs- und damit lähmungsgefährdeter Menschen alarmierend.

Wir haben sogleich die schnelle Einsatzgruppe zur Untersuchung der Fälle und Abschätzung der Gefahren entsandt. Wir unterstützen das Gesundheitsministerium darin, drei Impfrunden in der Ukraine durchzuführen. Die Impfstoffe wurden derzeit ausgeliefert und die erste Runde dieser Kampagne beginnt in dieser Woche.

Ich spreche den ukrainischen Behörden meine Anerkennung für ihre Entschlossenheit zum Ergreifen von Gegenmaßnahmen aus. Ich danke auch der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung für ihre Unterstützung. Es ist dringend geboten, dass die Ukraine und alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region gegen die Polio-Risiken vorgehen, indem sie weiter für hohe Durchimpfungsraten sorgen und in der epidemiologischen Überwachung nicht nachlassen.

Mit der Annahme des Europäischen Impfkaktionsplans haben Sie sich zur Eliminierung von Masern und Röteln bis 2015 bekannt. Zwar befinden sich viele Länder auf gutem Wege, dieses Ziel bis Ende des Jahres zu erreichen, doch ist der Erfolg für die ganze Region auf

Grund fehlenden politischen Willens in einigen Ländern gefährdet. Ich benötige die Einhaltung der Zusagen durch Sie, die politische Führung, damit Masern und Röteln eliminiert werden können.

Der zehnte Jahrestag der Einführung der Europäischen Impfwache wurde im April in der gesamten Region begangen, unter anderem durch einige der interaktivsten und profiliertesten Einsätze zur Förderung der Impfung, die wir bislang gesehen haben.

Mir wurde die Ehre zuteil Tadschikistan gemeinsam mit Ihrer Königlichen Hoheit, der Kronprinzessin von Dänemark, besuchen und dort für ein stärkeres Impfwesen und mehr Investitionen in die Gesundheitsangebote für Mütter und Kindern werben zu dürfen.

Meine Damen und Herren!

Im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten verzeichnen wir signifikante Fortschritte in der Umsetzung des Plans zur Prävention und Bekämpfung derselben.

Wir erleben weiter in fast allen Ländern einen Rückgang der Sterblichkeit aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen. Eine Abnahme von riskanten Verhaltensweisen wie Rauchen und ein Rückgang von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und überhöhtem Cholesterinspiegel trägt zu dieser Entwicklung bei.

Der Gesamtkonsum an Alkohol geht jährlich um ca. 2% zurück und auch das Rauchen ist unter Erwachsenen seit Jahren rückläufig. Dennoch ist der Raucheranteil an der Bevölkerung in unserer Region der höchste weltweit.

Ich bin stolz, dass Länder unserer Region global führend auftreten im Erzwingen schlichter Verpackungen für Tabakerzeugnisse. Frankreich, Irland und das Vereinigte Königreich leisteten hier Pionierarbeit und mehrere andere Länder haben ihre Absicht angekündigt, dem Beispiel zu folgen. Wir können uns auch zu einem Jahrzehnt voller Maßnahmen unter dem Dach des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs gratulieren.

Seit meinem letzten Bericht sind vier weitere Länder dem Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen beigetreten. Ich möchte Ihnen gratulieren und die anderen auffordern, sich anzuschließen.

Am Mittwoch werden wir den vorgeschlagenen Fahrplan zur Eindämmung des Tabakkonsums erörtern, der ehrgeizige Ziele für die vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens steckt. Wir sind Turkmenistan dankbar dafür, dass es die Unterstützung der Umsetzung des Fahrplans in den kommenden Jahren zugesagt hat.

Wir werden auch die Strategie der Region für körperliche Betätigung erörtern, die den im letzten Jahr angenommenen Aktionsplan Nahrung und Ernährung ergänzt. Zu unseren Erfolgen seit dessen Annahme zählt, dass die Initiative für Adipositas-Surveillance im Kindesalter mittlerweile von 30 Mitgliedstaaten unterstützt wird.

Mitgliedstaaten sind an mich herangetreten in Sorge über die Vernachlässigung und Misshandlung Erwachsener mit geistigen Behinderungen, die in Heimen leben. Diese Problemstellung macht sektorübergreifende Maßnahmen erforderlich und wir, als Region, können dies nicht ignorieren. Ich habe eine Untersuchung eingeleitet und werde Sie über den weiteren Gang auf dem Laufenden halten.

Es gibt überzeugende Belege dafür, dass bessere medizinische Versorgung stark zum Rückgang von Morbidität und Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten beiträgt. Wir werden neue Erkenntnisse hierzu auf einer internationalen Konferenz im September in Sankt Petersburg prüfen.

Es ist meine besondere Bitte, dass Europa der Handhabung nichtübertragbarer Krankheiten größere Aufmerksamkeit schenkt und zugleich seine Programme für Früherkennung und Vorsorgeuntersuchung überprüft. Wir haben ein Paket aus 15 wesentlichen Maßnahmen zur Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten geschnürt, das derzeit in 23 Ländern angewendet wird. Allen Elementen des Pakets kommt zentrale Bedeutung zu.

Unsere Kapazitäten in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten wurden dieses Jahr mit der Eröffnung des einschlägigen Fachzentrums (der Außenstelle) in Moskau ausgebaut. Wir danken der Russischen Föderation für ihre Unterstützung.

Meine Damen und Herren!

viele Länder wenden den Lebensverlaufansatz zur Fortentwicklung der nationalen Gesundheitspolitik oder zur Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts und Sektoren an und erfüllen damit ein zentrales strategisches Anliegen aus „Gesundheit 2020“.

Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz, die im Oktober in Minsk stattfinden wird, verknüpft als erste die Ziele für eine nachhaltige Entwicklung mit dem Rahmenkonzept und wird sich dabei auf die Gesundheit von Müttern und Kindern sowie reproduktive Gesundheit und damit verbundene Rechte konzentrieren. Ich möchte Belarus für die Ausrichtung dieser wichtigen Konferenz danken.

Wir erzielen Fortschritte hinsichtlich der Gesundheit der Frauen, doch bestehen in und unter den Ländern manche Ungleichgewichte hartnäckig fort. Moderne und effektive Verhütungsmethoden bleiben in vielen Ländern in alarmierender Weise ungenutzt. Die Abtreibungsraten einiger unserer Mitgliedstaaten zählen gleichzeitig zu den höchsten weltweit.

Wirksame Versorgung in der Zeit vor, während und nach der Geburt hat eine wesentliche Todesursache von Müttern zurückgedrängt, schwere Blutungen während der Geburt. Jetzt ist es an der Zeit, sich um vorausgehende Erkrankungen zu kümmern, etwa Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen, deren Verlauf sich durch eine Schwangerschaft verschlechtern kann.

Es muss mehr im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der damit verknüpften Rechte unternommen werden und wir beabsichtigen, Ihre Aufmerksamkeit in Zukunft auf diesen Bereich zu lenken. Wir werden Ihnen den Europäischen Gesundheitsbericht Frauen, der 2016 erscheinen soll, heute während der Fachinformationsveranstaltung vorstellen.

Meine Damen und Herren!

unsere Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme und der Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit soll die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern unter Wahrung von Chancengleichheit und Sicherung des finanziellen Schutzes, der Bedarfsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit.

Die Charta von Tallinn hat hier den Weg vorgegeben und den Abschlussbericht zu ihrer Umsetzung werden wir am Mittwoch vorlegen. Aus dem Bericht leitet sich auch direkt die neue Vision zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den kommenden fünf Jahren ab.

Die Umwandlung der Gesundheitsangebote gemäß den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts ist strategische Priorität unserer neuen Vision. Diese neue Vision soll mit den Stimmen der Menschen sprechen. Sie wird den Verantwortlichen im Gesundheitsbereich einen inklusiven Ansatz an die Hand geben, der die Rückmeldungen der Bürger zur Gestaltung der Gesundheitssysteme nutzt und ihren Bedürfnissen gerecht wird.

In der koordinierten und integrierten Erbringung der Gesundheitsversorgung mit dem Menschen im Mittelpunkt liegt die Zukunft. Wir haben unseren Einsatz hier verstärkt und erarbeiten derzeit einen handlungsorientierten Rahmen, den wir dem Regionalkomitee im kommenden Jahr vorlegen möchten.

Wir haben die erneuerte Vision aus der Erklärung von Alma-Ata weiter entwickelt, betreiben die Integration der unentbehrlichen Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit und unterstützen die Länder in der Überprüfung ihrer Erbringungsmodelle.

Mit der Einweihung des Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung sind unsere Kapazitäten in diesem Bereich ausgeweitet worden. Dank an Kaschistan für diese Unterstützung.

2010 standen laut Schätzungen aus dem Weltgesundheitsbericht in der Europäischen Region 19 Millionen Menschen vor ruinösen Gesundheitsausgaben und 7 Millionen drohte durch derartige Ausgaben die Verarmung. Die allgemeine Gesundheitsversorgung ist zur Bewältigung dieser Herausforderung der entscheidende Hebel. Wir aktualisieren derzeit die Schätzungen und haben unsere Unterstützung für die Länder beschleunigt.

Die jährlich in Barcelona stattfindenden Seminare fanden weiter großen Anklang. Viele leitende Vertreterinnen und Vertreter aus 33 Mitgliedstaaten nutzten dieses Angebot im Rahmen der zwei Seminare im Jahr 2015. Mein Dank geht an Spanien für die fortgesetzte Unterstützung unserer Außenstelle in Barcelona, das Fachzentrum zur Stärkung der Gesundheitssysteme.

Wir thematisieren die Hindernisse im Gesundheitssystem zur Bewältigung konkreter Krankheiten und Erkrankungen, sowohl übertragbarer als auch nichtübertragbarer, und bereiten Grundsatzentscheidungen und -maßnahmen vor. Wir erweitern unser Blickfeld und berücksichtigen auch, dass die Gesundheitssysteme ökologisch nachhaltig werden müssen.

Meine Damen und Herren!

unsere gemeinsamen Investitionen in Gesundheitsinformationen, Erkenntnisse und Forschungsergebnisse als Grundlage der Politikgestaltung zählen sich aus. Seit ihrem Beginn im Jahr 2012 ist die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative das Dach, unter dem sich alle einschlägigen Aktivitäten zusammengefunden haben und ich lade alle zur Mitarbeit ein. Lassen Sie mich einige der wichtigsten Erfolge der Initiative hervorheben.

Wir haben die Arbeit zur Generierung von Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden und insbesondere die Definition der Indikatoren fortgesetzt. In diesem Jahr haben wir neue

Erkenntnisse zu kulturellen Determinanten geprüft, die uns helfen sollen, kulturelle Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlempfinden in der so vielfältigen Europäischen Region messen zu können.

Wir stellen ein breites Spektrum an Informationen und analytischen Instrumenten bereit, auch durch das neue Internetportal. Politikgestaltern nutzen es in großem Umfang und schon bald wird es die simultane Analyse von Indikatoren aus allen Datenbanken ermöglichen.

Wir haben nicht nur Werkzeuge für Gesundheitsinformationsstrategien und nationale eGesundheit-Strategien bereitgestellt, sondern auch aktiv die Konferenz in Riga zu diesem Thema während der eGesundheitswoche im Mai unterstützt.

Wir haben ein neues zweisprachiges Journal *Public Health Panorama* herausgegeben, um erfolgreiche Praktiken aus den Ländern verbreiten zu können. Die zweite Ausgabe mit dem Spezialthema ressortübergreifende Politik erscheint anlässlich dieser Tagung des Regionalkomitees.

Das Herbstseminar in Polen zum Thema Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung war im Oktober 2014 ein voller Erfolg. Wie von Ihnen gefordert haben wir im Juli 2015 einen anspruchsvollen Workshop zu Gesundheitsinformationen und Datenauswertung durchgeführt, um den Interessierten tiefere Einblicke zu ermöglichen.

Das Gesundheitsinformationsnetz der zentralasiatischen Republiken (CARINFONET) ist ein Forum zur Verbesserung der einschlägigen Systeme. Das EVIPNet (Evidence-informed Policy Network) strebt Kapazitätsausbau in den Ländern an. Wir werden diese Thematik mit Ihnen auf einer Fachinformationsveranstaltung am Mittwoch erörtern und einen Fahrplan zur beschleunigten Anwendung evidenzgeleiteter Konzepte vorlegen.

Das Health Evidence Network (HEN) stellt Politikgestaltern die beste verfügbare Evidenz bereit. Im vergangenen Jahr haben wir zwei Berichte herausgegeben und drei weitere zur Thematik Migration und Gesundheit sollen heute während des Mittagessens der Minister vorgestellt werden.

Meine Damen und Herren!

der jüngste Ausbruch des Ebola-Fiebers in Westafrika hat uns vor Augen geführt, dass die internationale Gemeinschaft für die Bewältigung größerer Gesundheitsgefahren nicht ausreichend gerüstet ist. Wir haben durch die Entsendung von 25 Bediensteten auf insgesamt 36 Missionen zu den Gegenmaßnahmen beigetragen. Wir bedanken uns bei allen Partnerorganisationen und Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung dieser Maßnahmen.

Nun ist ein entscheidender Zeitpunkt für Veränderungen. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass die Welt ausreichend gerüstet ist, eine Krisensituation mit gesundheitlichen Folgen jederzeit umgehend erkennen und wirksam reagieren zu können.

Wir sind fest entschlossen, jede notwendige Maßnahme zu ergreifen. Dies geht deutlich aus der Erklärung der Generaldirektorin und der sechs Regionaldirektoren im März dieses Jahres hervor. Wir treiben die Arbeit in den von der Generaldirektorin bestimmten sechs Arbeitsbereichen voran und werden uns im Laufe des Tages mit den dabei erreichten Fortschritten sowie mit dem weiteren Vorgehen befassen.

Im Regionalbüro verfolgen wir einen integrierten, generischen und alle Gefahren berücksichtigenden ressortübergreifenden Ansatz zur Vorsorge gegen gesundheitliche und humanitäre Notlagen. Ein integraler Bestandteil davon ist die Risikokommunikation.

Im Jahr 2010 habe ich drei Bereiche unserer Arbeit – Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen, Internationale Gesundheitsvorschriften und Bereitschaftsplanung in den Ländern – in einer klaren Kommando- und Kontrollstruktur zusammengefasst. Dabei beobachten wir ständig Anzeichen für potenzielle Gesundheitsgefahren. Wir haben unsere Verfahren überarbeitet und das Regionalbüro zur zentralen Anlaufstelle für Notfälle in der Europäischen Region gemacht.

Die Einhaltung der Verpflichtungen aus den IGV ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheitssicherheit in den Ländern und weltweit. Viele Mitgliedstaaten haben auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Selbstbewertung der Kernkapazitäten durch eine unabhängige Evaluation zu ergänzen. Ihr Beitrag zu dem geplanten globalen Ansatz für die Beobachtung und Evaluation der IGV ist entscheidend, und ich sehe der Diskussion am Donnerstag erwartungsvoll entgegen.

„Bessere Labore für mehr Gesundheit“ ist eine neue Initiative, mit der wir die Fähigkeit der Labore zur Erkennung und Bewältigung von Krankheitsausbrüchen verbessern wollen. Sie ist eine wesentliche Komponente der IGV-Kernkapazitäten, und ich möchte alle Mitgliedstaaten und anderen maßgeblichen Akteure bitten, an dieser Initiative mitzuwirken und ihr zum Erfolg zu verhelfen.

Wir werden mit der türkischen Regierung in der kommenden Woche ein Gastlandabkommen über die Einrichtung eines ausgelagerten Fachzentrums in Istanbul für Bereitschaftsplanung für humanitäre und gesundheitliche Notlagen unterzeichnen, das eine Erhöhung der regionsweiten und damit auch globalen Kapazitäten auf diesem Gebiet bewirken wird.

Gestatten Sie mir, mich nun dem Thema Migration und Gesundheit zuzuwenden, das in der gesamten Europäischen Region einen hohen politischen Stellenwert hat. Infolge des wachsenden Zustroms von Flüchtlingen und Migranten in viele Länder der Europäischen Region hat sich die Situation verschärft, sodass nun eine sofortige Reaktion auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der betroffenen Menschen dringend notwendig wird.

Ich habe auf unserer Website eine Erklärung veröffentlicht, in der die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit hervorgehoben werden, die sowohl die Flüchtlinge als auch die Aufnahmeländer vor Herausforderungen stellen. Die weit verbreitete Auffassung, es gebe einen Zusammenhang zwischen Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten, ist nicht zutreffend. Die Länder sollten Konzepte einführen, durch die die Migranten Zugang zu einem breiten Spektrum von Gesundheitsleistungen erhalten, das auch die Bereiche Prävention und Betreuung umfasst. Dies käme auch der Bevölkerung in den Aufnahmeländern zugute.

Wir werden der steigenden Nachfrage nachkommen und betroffene Länder unterstützen und Notfall-Kits zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Migranten liefern. Wir haben neue Forschungsergebnisse und Erkenntnisse vorgelegt, um die Entscheidungsträger im Bereich Gesundheit und Migranten zu unterstützen.

Ich möchte Italien für die Unterstützung in diesem Bereich danken. Das heutige Arbeitessen der Minister ist dem Thema Migration gewidmet und wir freuen uns auf Ihre Anregungen für das weitere Vorgehen in dieser wichtigen Angelegenheit.

Aufgrund der kriegerischen Auseinandersetzungen in der Arabischen Republik Syrien sind zwei Millionen Menschen in die Türkei geflohen. Wir arbeiten in dieser Angelegenheit mit der türkischen Regierung zusammen, die bei der Bewältigung des Zustroms an Flüchtlingen ausgezeichnete Führungsarbeit geleistet hat.

Wir führen die Gesundheitsorganisationen in der Unterstützung syrischer Flüchtlinge in der Türkei an. Wir tragen in Befolgung von Resolution 2165 des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen gemeinsam mit dem Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum zum Gesamtansatz für Syrien bei.

Als Reaktion auf die humanitäre Krise in der Ukraine, von der über fünf Millionen Menschen betroffen sind, haben wir die Federführung in der Schwerpunktgruppe Gesundheit und Ernährung übernommen, um die Hilfsmaßnahmen zugunsten der Binnenvertriebenen und der betroffenen Gemeinschaften zu koordinieren. Die Teams der WHO in den Büros der Vereinten Nationen vor Ort sind bei der Auslieferung von medizinischen Kits, Verbrauchsgütern und Arzneimitteln behilflich, die die Behandlung Hunderttausender Menschen ermöglichen.

Das Netz aus mobilen Einheiten der primären Gesundheitsversorgung und Spezialisten für Gesundheitsauswirkungen ist entscheidend in der Bewertung der gesundheitlichen Gefahren und Erbringung von Gesundheitsleistungen in schwer zugänglichen Gebieten.

Meine Damen und Herren,

dies war ein aufregendes Jahr auch im Themenbereich antimikrobielle Resistenzen, denn der globale Aktionsplan wurde angenommen. Europa geht hier voran. Fast die Hälfte unserer Mitgliedstaaten verfügen über ressortübergreifende Koordinierungsmechanismen und nationale Aktionspläne.

Ergänzt werden die von der EU erhobenen Surveillance-Daten vom Surveillance-Netzwerk für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR), das inzwischen etwa 250 Labore umfasst. Ich freue mich, hier heute ankündigen zu können, dass das CAESAR im vergangenen Monat seinen ersten Bericht veröffentlicht hat.

Das Netzwerk zur Beobachtung des antimikrobiellen Arzneimittelverbrauchs (AMC) ermöglicht uns den Konsum auch in 17 Ländern außerhalb der EU zu überwachen und Erkenntnisse aus insgesamt 45 Ländern zu gewinnen.

Nach dem Erfolg des Europäischen Antibiotiktags gestalten wir jetzt eine globale Kampagne für eine Weltantibiotikawoche im November. Wir hoffen, dass sich in diesem Jahr alle 53 Mitgliedstaaten an den Veranstaltungen beteiligen.

Meine Damen und Herren!

all diese Arbeit leisten wir zusammen mit Ihnen, den Mitgliedstaaten, und mit einer Reihe von Partnerorganisationen, um unser Ziel zu verwirklichen: mehr Gesundheit für alle unter Gewährleistung von Chancengleichheit und Nachhaltigkeit.

Wir haben mit allen Mitgliedstaaten zusammengearbeitet und unsere Unterstützung auf ihre Prioritäten, Bedürfnisse und Gegebenheiten zugeschnitten. Wir verfügen inzwischen über ein vollständig funktionsfähiges Netzwerk nationaler Anlaufstellen, das die gesamte Korrespondenz effizienter gestaltet und den Wissensaustausch und Informationsfluss verbessert.

Auf meinen zahlreichen Besuchen in den Ländern hatte ich die willkommene Gelegenheit, mit Staats- und Regierungschefs und Ministern zusammenzutreffen und mich für die Förderung gesundheitlicher Belange und einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit einzusetzen.

Zusammen mit der Generaldirektorin hatte ich die Ehre, im Namen der WHO als Anerkennung für unsere Unterstützung in den vergangenen beiden Jahrzehnten von seiner Exzellenz, dem Staatspräsidenten Turkmenistans, den Staatspreis entgegennehmen zu dürfen. Ebenso erhielt ich im Namen der Organisation die Goldmedaille des portugiesischen Gesundheitsministeriums in Würdigung der ausgezeichneten Beiträge zur Gestaltung der ressortübergreifenden Gesundheitspolitik in Portugal.

Wir konnten auch zahlreiche Minister und hochrangige Delegationen beim Regionalbüro begrüßen und haben den Mitgliedstaaten durch eine neue Initiative, die sogenannten „Ländertage“, die Möglichkeit zu einer stärkeren Beteiligung gegeben. Sie haben sich als wertvolle Foren für die Bestimmung von Prioritäten für unsere Zusammenarbeit erwiesen.

Um das Regionalbüro zu einer starken, evidenzbasierten Organisation zu machen, die für die gesamte Europäische Region wegweisend ist, haben wir die Verstärkung unserer fachlichen Kapazitäten fortgesetzt. Wir haben die Länderbüros gestärkt, indem wir ihnen mehr Befugnisse und Zuständigkeiten übertragen haben. Ich danke all meinen Mitarbeitern für ihr Engagement und ihren tatkräftigen Einsatz.

Wir investieren in Partnerschaften, um die Politikkohärenz zu erhöhen, die gesundheitliche Situation in unserer Region zu verbessern und den Mitgliedstaaten effizienter dienen zu können. Deshalb bin ich erfreut, dass viele unserer Partner, darunter auch Organisationen der Zivilgesellschaft, heute hier vertreten sind.

In diesem Jahr wird sich die Sitzung zum Thema Partnerschaften, an der Vertreter des Globalen Fonds und der GAVI-Allianz teilnehmen werden, primär mit den Chancen und Herausforderungen im Hinblick auf einen erfolgreichen Übergang von internationaler zu nationaler Finanzierung befassen.

Gestatten Sie mir, aus unserer Arbeit im Rahmen der Vereinten Nationen ein bedeutendes Element herauszugreifen. Die WHO hat die Federführung in einer regionalen thematischen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen für nichtübertragbare Krankheiten und die sozialen Determinanten von Gesundheit übernommen, um die Umsetzung der Politischen Erklärung der Vereinten Nationen über nichtübertragbare und Gesundheit 2020 zu unterstützen. Wir freuen uns darüber, dass die Themenkomplexe Gesundheit und nichtübertragbare Krankheiten in den jüngst geschaffenen Entwicklungshilfe-Programmrahmen der Vereinten Nationen (UNDAF) eine wesentliche Rolle spielen, und sehen ihrer gemeinsamen Umsetzung erwartungsvoll entgegen.

Meine Damen und Herren!

die Reform der WHO bleibt für uns eine Priorität. Heute Nachmittag werden wir über die anhaltenden Reformmaßnahmen im Bereich der Führungsstrukturen diskutieren und über unsere Arbeit zur Stärkung von Rechenschaft und Transparenz im Regionalbüro berichten. Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang zwei Bemerkungen.

Wir befinden uns im laufenden Haushaltszeitraum weiter auf einer soliden finanziellen Grundlage und verfügen nun über mehr flexible Finanzmittel, die strategisch verteilt werden. Hierfür gilt mein Dank Ihnen, den Mitgliedstaaten, wie auch der Generaldirektorin.

Die Genehmigung des Programmhaushalts 2016–2017 mit einer Erhöhung der Haushaltsmittel um 8% durch die Weltgesundheitsversammlung war ein historischer Augenblick, der vom Vertrauen der Mitgliedstaaten zeugt.

Der Plan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region, der Ihnen am Donnerstag vorgelegt wird, fungiert als zentrales Instrument der Organisation für die Rechenschaftslegung innerhalb der Europäischen Region – und als Kontrakt zwischen Ihnen und mir.

Exzellenzen, meine Damen und Herren!

Wir tragen ein hohes Maß an Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Bevölkerung. In der nächsten Woche werden wir die Agenda für eine nachhaltige Entwicklung bis 2030 verabschieden. Sorgen wir dafür, dass wir bereit sind und niemanden zurücklassen!

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Anhang 5. Ansprache der Generaldirektorin

Exzellenzen, meine Damen und Herren Minister, sehr geehrte Delegierte, liebe Kollegin Frau Jakab, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Gestatten Sie mir, zunächst einmal der Regierung Litauens für die Ausrichtung der 65. Tagung des Regionalkomitees zu danken.

Seit Beginn dieses Jahrhunderts, als die Millenniums-Entwicklungsziele in den Mittelpunkt der Bemühungen der internationalen Staatengemeinschaft zur Linderung menschlichen Elends rückten, hat sich die Welt dramatisch verändert.

Damals wurde davon ausgegangen, dass für dieses Elend eine Reihe konkreter Hauptursachen verantwortlich seien, namentlich Armut, Hunger, unzureichende Wasserver- und Abwasserentsorgung, bestimmte Infektionskrankheiten und das Fehlen einer elementaren Gesundheitsversorgung in der Kindheit sowie während Schwangerschaft und Entbindung.

Die Ergebnisse dieser zielgerichteten Anstrengungen – und die gesamten davon ausgehenden Energien, Ressourcen und Innovationen – haben die kühnsten Träume vieler Menschen übertroffen. Sie haben eindrucksvoll die Macht der Solidarität unter Beweis gestellt und die beste Seite der menschlichen Natur herausgekehrt.

Ich persönlich war nicht allzu optimistisch über die Aussichten auf Erfüllung der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 – bis die spektakulären Ergebnisse der Strategie „Jede Frau, jedes Kind“ sichtbar wurden. Einige der stärksten Befürworter dieser Strategie sind heute in diesem Saal anwesend.

Und ich sehe keine Anzeichen für ein Nachlassen der durch das Bekenntnis zu den Millenniums-Entwicklungszielen getriebenen Dynamik hin zu mehr Gesundheit. Im Gegenteil: Eines der besten Anzeichen für den Erfolg der gesundheitsbezogenen Ziele ist die Tatsache, dass die Mitgliedstaaten nun neue Strategien und Aktionspläne mit noch ehrgeizigeren Zielen verabschieden. Zu diesen zählen die Beendigung der HIV- und Tuberkuloseepidemie, die Eliminierung der Malaria in einer großen Zahl von Ländern und die Verhinderung vermeidbarer Todesfälle bei Müttern, Neugeborenen und Kindern.

Ende dieses Monats soll die Generalversammlung der Vereinten Nationen die neue Agenda für eine nachhaltige Entwicklung verabschieden. Diese beinhaltet gegenwärtig 17 Ziele, darunter eines zum Thema Gesundheit, und insgesamt 169 Zielvorgaben. Die Einflussfaktoren, die heute das Wohlbefinden der Menschen und unseres Planeten bestimmen, lassen sich nicht mehr so eindeutig eingrenzen. Die Agenda hat es mit einer grundlegend anderen Welt zu tun.

Immer mehr erleben wir die schlimmste Seite der menschlichen Natur: internationaler Terrorismus, wahllose Massenmorde, Bombenanschläge auf Märkte und religiöse Stätten, die sinnlose Zerstörung archäologischer Denkmäler von unschätzbarem Wert und scheinbar endlose bewaffnete Konflikte, die die schlimmste Flüchtlingskrise seit Ende des Zweiten Weltkrieges ausgelöst haben.

Ihre Regionaldirektorin hat eine Erklärung über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Flüchtlingen und Migranten veröffentlicht. Ihrer Einschätzung kann ich mich nur voll und ganz anschließen. Ich bin sicher, dass diese Thematik – Migration und Gesundheit – in der WHO weiterhin für lebhaftes Diskussionsmaterial sorgen wird.

Meine Damen und Herren!

Seit Beginn dieses Jahrhunderts sind neuere Bedrohungen für die Gesundheit in den Vordergrund gerückt. Wie die anderen Probleme, die die Aussichten der Menschheit auf eine nachhaltige Zukunft trüben, sind auch diese neueren Bedrohungen für die Gesundheit erheblich größer und komplexer als jene, die vor 15 Jahren im Zentrum der gesundheitspolitischen Agenda standen.

Chronische nichtübertragbare Krankheiten haben die Infektionskrankheiten als die weltweit häufigsten Todesursachen abgelöst. Wenige der Gesundheitssysteme in der Welt sind für die Bewältigung chronischer, teilweise sogar lebenslanger Erkrankungen konzipiert. Noch weniger sind die Ärzte für ihre Prävention ausgebildet.

Und die wenigsten Regierungen können sich ihre Behandlung leisten. So kostete beispielsweise jedes im Jahr 2014 von der Arzneimittelbehörde in den Vereinigten Staaten zugelassene Krebsmedikament 120 000 US-\$ pro Patient pro Jahr. Viele dieser Behandlungen verlängern das Leben um nur ein paar Monate.

Unser Klima verändert sich. Die Schätzungen der WHO in Bezug auf die Mortalität aufgrund von Luftverschmutzung, der größten einzelnen umweltbedingten Gefahr in der Europäischen Region, haben der Gesundheit endlich einen Platz in der Debatte über die Folgen des Klimawandels verschafft.

Der vergangene Juli war im weltweiten Durchschnitt der wärmste Monat seit mindestens 1880, als Wissenschaftler mit systematischen Wetteraufzeichnungen begannen. Auch die Tausenden von Todesfällen infolge von Hitzeperioden in Indien und Pakistan in diesem Jahr haben der Welt die schweren gesundheitlichen Folgen extremer Wetterereignisse vor Augen geführt.

Im Dezember findet in Paris die 21. Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der Vereinten Nationen über Klimaänderungen statt. Viele Beobachter sehen diese Konferenz als unsere historische Chance an, zu verhindern, dass wir der nächsten Generation einen ruinierten Planeten hinterlassen.

Die Medizin verliert immer mehr grundlegende antimikrobielle Mittel, da Erreger Resistenzen entwickeln. Neue „Superbakterien“ verbreiten Angst und Schrecken in Krankenhäusern und auf Intensivstationen, auch hier in der Europäischen Region. Gonorrhö ist inzwischen gegen zahlreiche Klassen von Medikamenten resistent.

In Teilen von Afrika und Asien breitet sich ein multiresistenter Typhuserreger epidemieartig aus. In der Europäischen Region wie auch in anderen Regionen der Welt können nur die Hälfte aller Fälle von multiresistenter Tuberkulose erfolgreich behandelt werden.

Ich bin einigen der in diesem Saal vertretenen Regierungen dafür dankbar, wie sie sich dieser durch antimikrobielle Resistenz bedingten Krise entschlossen gestellt und dabei

Führungskompetenz und den nötigen Innovationsgeist bewiesen haben. Durch die Europäische Kommission reagiert die Europäische Region auch auf die Notwendigkeit der Schaffung von Anreizen für Forschung und Entwicklung im Hinblick auf die Ersetzung mittlerweile untauglicher Produkte.

Meine Damen und Herren!

Bitte unterschätzen Sie nicht die Herausforderungen, die vor uns liegen. Denn es ist schwieriger, unsere Kinder vor Werbung für ungesunde Lebensmittel und Getränke zu schützen, als sie vor impfpräventablen Krankheiten zu bewahren. Ebenso ist es schwieriger, die Länder davon zu überzeugen, ihre Treibhausgasemissionen zu senken, als Brunnen zu graben oder Latrinen auszuheben. Und es ist auch schwieriger, die Lebensmittelindustrie dazu zu veranlassen, ihren massiven Einsatz von Antibiotika zu reduzieren, als sie zur Spende von Medikamenten gegen Lepra oder Flussblindheit zu bewegen.

All diese neueren Anstrengungen können auf den erbitterten Widerstand mächtiger Akteure aus der Wirtschaft und ihrer ebenso mächtigen Interessenverbände stoßen. Wirtschaftliche Macht bedeutet meist auch politische Macht.

Diese neueren Bedrohungen passen nicht so einfach in das biomedizinische Modell, das traditionell die Handlungskonzepte der Gesundheitspolitik geprägt hat. Denn ihre Grundursachen liegen außerhalb des traditionellen Aktionsradius des Gesundheitsschutzes.

Sie liegen auch außerhalb des traditionellen Aktionsradius souveräner Staaten, die es gewohnt sind, auf ihrem Staatsgebiet das Geschehen zu kontrollieren. In einer von einer radikal erhöhten Interdependenz geprägten Welt gibt es nur grenzüberschreitende Bedrohungen.

Die globalisierte Vermarktung ungesunder Produkte macht nicht vor Staatsgrenzen Halt. Ein sich veränderndes Klima hat naturgemäß Auswirkungen auf den gesamten Planeten. Malaria, Tuberkulose und Bakterien, die das NDM-1-Enzym tragen, haben uns auf drastische Weise vor Augen geführt, dass medikamentenresistente Erreger sich mit Leichtigkeit in der Welt ausbreiten.

Meine Damen und Herren!

Viele der Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten sind durch das Verhalten multinationaler Konzerne bedingt. Im Interesse der Prävention stehen die notorisch unterfinanzierten Gesundheitsministerien, die in Kabinettsitzungen oft am unteren Ende des Tisches sitzen, nun vor der Herausforderung, das Verhalten der Unternehmen zu verändern. Was für eine Aufgabe!

Laut Daten der Weltbank aus dem Jahr 2011 sind über 60% der 175 weltweit größten wirtschaftlichen Akteure Unternehmen – und nicht Staaten. Die Daten belegen auch, dass diese Machtkonzentration rapide zunimmt.

Diese neue Verteilung der Macht wirft eine Frage auf, die für die Gesundheit im Zeitalter der nachhaltigen Entwicklung zentral entscheidend ist: Wer bestimmt eigentlich die Politik, die unsere Gesundheit prägt? Sind es die demokratisch gewählten Vertreter, die im öffentlichen Interesse handeln? Oder die multinationalen Konzerne, die in ihrem eigenen Interesse

handeln? Oder beides zusammen, also Regierungen, die unter massiver Einflussnahme von Wirtschaftsverbänden Politik machen?

Ich appelliere eindringlich an Sie, auch in Zukunft unermüdlich für eine konsequente staatliche Politik einzutreten. Die Gesundheitsministerien prüfen stets die vorhandene medizinische und wissenschaftliche Evidenz. Aber die Finanz- und Handelsministerien hören oft auf andere Stimmen.

So ist beispielsweise die Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ein Thema auf Ihrer Tagesordnung. Länder, die ihre Bürger durch größere bildliche Warnhinweise auf Zigarettenpackungen oder durch die Einführung neutraler Verpackungen schützen wollen, werden oft von der Aussicht auf die von der Tabakindustrie angedrohten langwierigen und kostspieligen Prozesse abgeschreckt.

Mit Hilfe von Mechanismen zur Beilegung von Investor-Staat-Streitigkeiten werden Regierungen wegen Tabakgesetzen verklagt, die sich negativ auf die Gewinne der Industrie auswirken. So hat etwa Australien bisher fast 50 Mio. A\$ aufgewandt, um seine gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf eine obligatorische Einführung neutraler Verpackungen zu verteidigen.

Wir müssen dieses Geschehen mit größter Aufmerksamkeit verfolgen. Denn hier steht nicht weniger auf dem Spiel als das souveräne Recht eines jeden Staates, Gesetze zu erlassen, die seine Bürger vor Schaden bewahren.

Erfreulich ist hingegen, dass die Toleranz von Öffentlichkeit und Presse für das Gebaren der Konzerne offenbar auch irgendwann an Grenzen stößt. So war im vergangenen Monat in der New York Times ein Artikel auf der ersten Seite zu lesen, in dem enthüllt wurde, wie ein riesiger Softdrink-Konzern Wissenschaftler dafür bezahlt, die Verantwortung für Adipositas von zuckerhaltigen Getränken abzulenken.

Denn nach Aussage des neu gegründeten Global Energy Balance Network liegt die wahre Ursache für Adipositas im Bewegungsmangel. Das Network wird von dem Getränkehersteller finanziert. Es verweist auf „deutliche Indizien“ dafür, dass der Schlüssel zur Verhinderung von Gewichtszunahme nicht in einer Reduzierung der Kalorienzufuhr, sondern in der Annahme eines aktiven Lebensstils bei gleichzeitig erhöhter Kalorienzufuhr liege. Die hier zitierten „deutlichen Indizien“ stammten aus zwei Studien, die von eben diesem Getränkehersteller finanziert wurden.

Meine Damen und Herren!

Sie werden auf dieser Tagung auch über eine Strategie zur Bewegungsförderung in der Europäischen Region für die nächsten zehn Jahre beraten. Wie in dieser Strategie erwähnt wird, bringt Bewegung vielerlei Nutzen, der weit über die Verhinderung von Gewichtszunahme hinausreicht.

Es war ein weiser Entschluss, Ihr Arsenal an Präventionsinstrumenten um eine solche Strategie zu erweitern. Denn wie darin erläutert wird, sind in 47 Ländern (auf die 87% der Bevölkerung der Europäischen Region entfallen) mehr als 50% der Erwachsenen übergewichtig oder adipös. In einigen dieser Länder liegt die Rate bei nahezu 70% der erwachsenen Bevölkerung.

Doch Bewegung allein reicht nicht aus, um die Adipositasepidemie in der Europäischen Region wirksam zu bekämpfen. Wie die WHO-Kommission für die Beseitigung der Adipositas im Kindesalter in diesem Jahr öffentlich erklärte, reicht die Bekämpfung des adipogenen Umfelds zwar nicht aus, doch ist ein Konzept, das dieses Umfeld nicht ins Visier nimmt, zum Scheitern verurteilt.

Die Kommission hat eine Vielzahl von Einflussfaktoren genannt, die zur Erklärung der Tatsache beitragen können, dass Adipositas unter Kindern in allen Ländern auf dem Vormarsch ist. Doch sie hat mit besonderem Nachdruck auf eine besonders verheerende Kraft hingewiesen: die weltweite Vermarktung ungesunder Lebensmittel und Getränke. Die Mitglieder der Kommission bezeichneten die Erkenntnisse über ihre Auswirkungen auf die Adipositas unter Kindern als „eindeutig“.

Dieses Beispiel wirft eine entscheidende Frage auf: Lässt sich die Wissenschaft dafür kaufen, den Machenschaften der Industrie einen respektablen Anschein zu geben und dabei die vorhandenen Erkenntnisse zu verzerren, die Öffentlichkeit in die Irre zu führen und ihre Bedenken zu zerstreuen?

Findet die vorliegende Evidenz ihren Niederschlag in gesundheitlichen Ratschlägen, oder kann der Meistbietende auf ihren Inhalt Einfluss nehmen? Die Tabakindustrie jedenfalls hat sich dieser Taktik jahrelang mit Erfolg bedient. Doch wir wollen hoffen, dass sich die Welt inzwischen verändert hat.

Die Gründung des Global Energy Balance Network löste in den gedruckten wie auch in den sozialen Medien einen Sturm der Entrüstung aus. Wir brauchen das Gewicht der öffentlichen Meinung und gelegentlich der Empörung der Bürger auf unserer Seite, wenn wir den Menschen dabei helfen wollen, die richtigen Entscheidungen in Bezug auf ihren Lebensstil zu treffen.

Meine Damen und Herren!

Die Europäische Region war von jeher richtungsweisend für die WHO. Viele ihrer Pionierleistungen bilden die Grundlage für die Reaktion auf neue gesundheitliche Herausforderungen im Zeitalter der nachhaltigen Entwicklung. Wie es in einem Ihrer Dokumente zum Ausdruck kommt, sind komplexe gesundheitsrelevante Probleme ohne einen ressortübergreifenden Ansatz nicht lösbar.

Ihre Region hat sich als erste mit lebensstilbedingten Krankheiten auseinandergesetzt, als erste über Wege zur Veranlassung von Verhaltensänderungen nachgedacht und als erste die sozialen Determinanten von Gesundheit thematisiert. Schon früh hat Ihre Region Umweltgefahren als eine vorgelagerte Ursache von Krankheit erkannt und mit ihrer systematischen Bekämpfung begonnen. Mit der bahnbrechenden Charta von Tallinn gehörten die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region zu den Ersten, die überzeugende ökonomische Argumente für Investitionen in die Gesundheitssysteme formulierten.

Die Europäische Region hat Schlagwörter wie „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und „gesamtstaatlicher Ansatz“ in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht. „Gesundheit 2020“ hat sich diese Errungenschaften zunutze gemacht. Sie unterstreichen das Bekenntnis zu Chancengleichheit und Solidarität als den prägenden Werten der Europäischen Region.

Doch Sie haben auch andere Aktivposten. Das erste mobile Labor, das kurz nach Beginn des Ebola-Ausbruchs in Guinea eingerichtet wurde, stammte aus der Europäischen Region. Zur Bewältigung der Krise haben ihre Länder Gesundheitspersonal, Logistiker, Ingenieure, Führungskräfte, Fahrzeuge, Hilfsgüter, militärisches Personal und jede Menge Geld beigetragen.

Nichtstaatliche und gemeinnützige Organisationen aus Ihren Ländern haben den Großteil der klinischen Versorgung und der Betreuung geleistet. Die zuständigen Behörden in Ihren Ländern waren dabei behilflich, die die Probleme bei den medizinisch notwendigen Evakuierungen zu bewältigen, die zuvor so viele Länder von der Entsendung von Ärzteteams abgehalten hatten.

Der Ausbruch ist noch nicht überstanden, aber wir sind sehr nahe dran. Wir befinden uns in einer Phase, in der wir die letzten Übertragungsketten aufspüren und durchbrechen können. Um so weit zu kommen, musste die WHO über 1000 Mitarbeiter an 68 Standorte in den drei betroffenen Ländern entsenden.

Nun, da sich das Tempo der Gegenmaßnahmen verringert hat und die Tatsachen allmählich ans Licht kommen, stellt sich das Bild von der Führungskompetenz der WHO während des Ausbruchs deutlich anders dar als in den meisten Medienberichten. Auf einem Workshop zum Thema Ebola, den das US Institute of Medicine in diesem Monat organisierte, wurde die WHO als bequemer Sündenbock während des Ausbruchs bezeichnet. Es war ja so einfach, auf die WHO einzudreschen.

Meine Damen und Herren!

Als oberste Vertreterin dieser Organisation habe ich die Pflicht, zu solchen Aussagen Stellung zu beziehen. Dies ist umso wichtiger, als einige unserer Erfolge die gegenwärtigen organisationsweiten Reformen unterstützen, die der Stärkung der Führungskompetenz der WHO bei künftigen Ausbrüchen und in anderen gesundheitlichen Notlagen dienen.

Bereits während des Ebola-Ausbruchs kam es zu einem Zusammenwirken der für Krankheitsausbrüche und humanitäre Krisen zuständigen Mitarbeiter aus sämtlichen Regionen und aus dem Hauptbüro der WHO. Diese Zusammenarbeit ist ein deutlicher Beleg für die Berechtigung des neuen einheitlichen Programms, das ich auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai angekündigt habe.

Die Reaktion auf der Entscheidungsebene erfolgte anfangs zu langsam. Doch dann gelang es uns, die administrativen Verfahren zu straffen und die Dinge zu beschleunigen. Die aus dieser Situation gezogenen organisatorischen Lehren werden in die Gestaltung der beschleunigten Verfahren für Personalanwerbung und -einsatz innerhalb des Programms einfließen, das von den übrigen Teilen der Organisation getrennt sein wird.

Vor dem Ausbruch in Westafrika war Ebola eine seltene Krankheit. Alle freiwilligen Helfer hatten Schwierigkeiten, eine ausreichende Zahl erfahrener Kliniker und Epidemiologen zu finden. Viele Organisationen, denen es ein großes Bedürfnis war, zu helfen, übernahmen Aufgaben, die weit über ihren Auftrag und ihre bisherige Erfahrung hinausgingen. Jene unter ihnen, die über keinerlei Erfahrung beim klinischen Management von Ebola-Fieber verfügten, waren erst Monate später einsatzbereit.

Es waren keine international vereinbarten Verfahren für die Koordinierung der Arbeit der zahlreichen Helferteams vorhanden, die nach und nach eintrafen. Um die chaotischen Zustände aufgrund nicht abgestimmter und manchmal ungeeigneter Hilfsmaßnahmen zumindest teilweise zu entschärfen, erstellte die WHO ein Inventar der Qualifikationen und Fähigkeiten der ausländischen Ärzteteams. Auch diese Arbeit wird in die Pläne für die Einrichtung einer globalen Einsatzgruppe für gesundheitliche Notlagen einfließen.

In diesem Zusammenhang möchte ich der Europäischen Kommission für ihre Gespräche mit der WHO über den Aufbau eines Europäischen Notfalls-Korps danken. Auch ich werde mich an diesen Bemühungen beteiligen, damit dieses Korps auch für die Einsatzgruppe für gesundheitliche Notlagen von Nutzen sein kann

Die WHO hat mittels zweier Netzwerke insgesamt 32 Labore in den drei Ländern sowie in Nigeria eingerichtet. Mit diesen Partnern haben wir die Logistik für den Transport von Proben aufgebaut, um sicherzustellen, dass jeder Bezirk und jede Provinz in den drei Ländern innerhalb von 24 Stunden Zugang zu einem der Labore hat. Im letzten Quartal 2014 hatten sich Geschwindigkeit und Qualität der Tests an das in wohlhabenden Ländern übliche Niveau angenähert. So sehen wahre Chancengleichheit und Solidarität aus.

Die Welt ist nahe daran, einen sicheren und wirksamen Impfstoff zu erhalten. Auf Wunsch der Regierung Sierra Leones wurden die klinischen Versuche der WHO mit dem neuen Impfstoff von Guinea auf ihr Land ausgeweitet.

Die Möglichkeit einer Impfung enger Kontaktpersonen von bestätigten Fällen verschafft uns gewissermaßen eine weitere Schutzschicht.

Wir haben vier patientennahe Schnelldiagnostiktests präqualifiziert. Wir entwickeln derzeit ein Schema für den Bereich Forschung und Entwicklung mit generischen Protokollen für die klinischen Versuche und mit Vorkehrungen für eine zügige regulatorische Genehmigung, die im Falle einer künftigen Notlage die Entwicklung neuer medizinischer Produkte beschleunigen sollen.

All diese Erfolge wurden durch die beispiellose Zusammenarbeit einer Vielzahl von Ländern und Partnern ermöglicht, die von der WHO koordiniert wurde. Um nur ein Beispiel zu nennen: Die Laborunterstützung umfasste eine Zusammenarbeit mit 19 Institutionen in zwei Netzwerken.

Wie alle anderen Helferteams vor Ort waren wir zu Anfang langsam, haben dann aber schnell Kurskorrekturen vorgenommen. Durch diese Veränderungen konnten Bedingungen geschaffen werden, die bei künftigen Epidemien und Pandemien der Vielzahl an nationalen und internationalen Helferteams ein optimales Arbeiten ermöglichen werden. So sieht Führungskompetenz aus.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.