



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

EUR/RC69/8(E)

69. Tagung

Kopenhagen, 16.–19. September 2019

8. August 2019

190380

Punkt 5 j) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Fortschrittsbericht über den Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung auf der Grundlage von Gesundheit 2020, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden

In der Resolution EUR/RC67/R3 ersuchte das WHO-Regionalkomitee für Europa die Regionaldirektorin, im Zeitraum von 2019 bis 2029 alle zwei Jahre über die Umsetzung des Fahrplans zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in der Europäischen Region Bericht zu erstatten.

In diesem Bericht werden die Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Vorgaben aus den Zielen für nachhaltige Entwicklung und bei der Umsetzung des Fahrplans in den Mitgliedstaaten sowie durch das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partner gemäß der genannten Resolution analysiert.

Das Regionalkomitee wird dazu aufgefordert, diesem Fortschrittsbericht zuzustimmen.

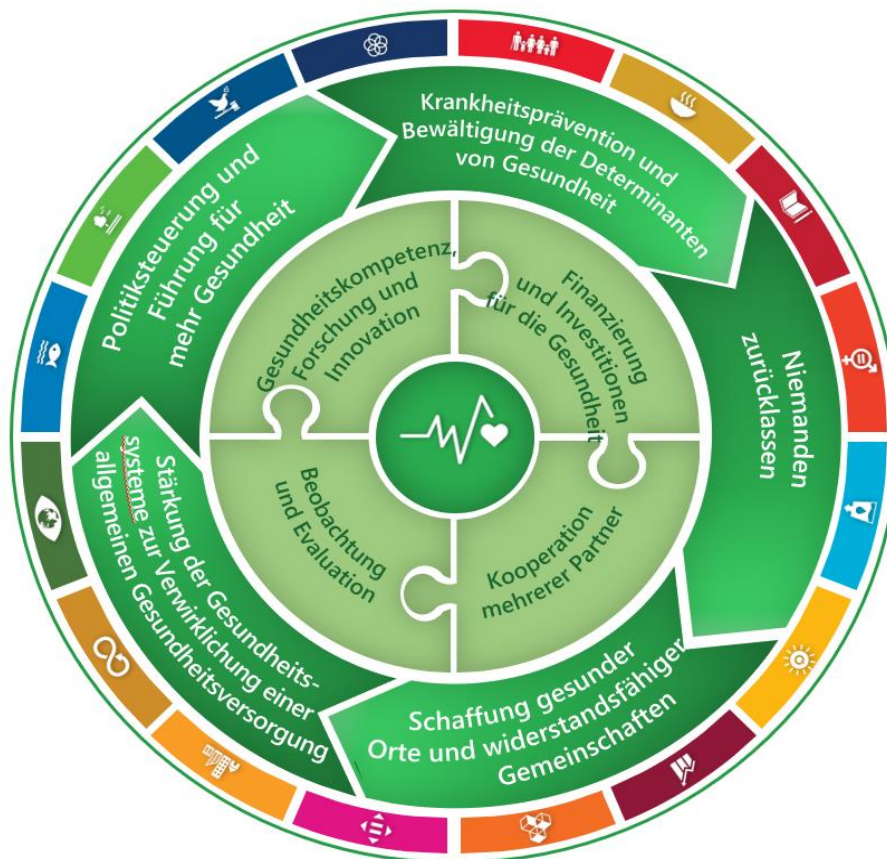
Inhalt

Hintergrund	3
Umsetzung des Fahrplans in den Ländern der Europäischen Region	6
Verankerung der Ziele auf nationaler und kommunaler Ebene	6
Gesundheit und Politiksteuerung in Bezug auf die SDG.....	7
Chancengleichheit und das Gebot, niemanden zurückzulassen.....	9
Finanzierung zur Förderung von Entwicklung	9
Determinanten von Gesundheit	10
Maßnahmen auf subnationaler und kommunaler Ebene.....	10
Allgemeine Gesundheitsversorgung	11
Daten und Überwachung	12
Fortschritte bei der Umsetzung des Fahrplans durch Maßnahmen der WHO und ihrer Partner	12
Politiksteuerung	12
Unterstützung für die Mitgliedstaaten	13
Fachliches Ressourcenpaket	15
Umsetzung zusammen mit Partnern und im Rahmen von Netzwerken	16
Zusammenarbeit innerhalb der Vereinten Nationen.....	17
Daten und Aufbau statistischer Kapazitäten	18

Hintergrund

1. Der Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung auf der Grundlage von Gesundheit 2020, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, wurde 2017 vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf dessen 67. Tagung mit der Resolution EUR/RC67/R3 angenommen. Mit dem Fahrplan sollen die Kapazitäten der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO so gestärkt werden, dass durch Verbesserung von Chancengleichheit und Nachhaltigkeit mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen jeden Alters geschaffen werden. In dem Fahrplan werden fünf voneinander abhängige strategische Stoßrichtungen und vier befähigende Maßnahmen vorgeschlagen (die äußeren und inneren Ringe in Abb. 1). In der Resolution EUR/RC67/R3 erging die Aufforderung an die Mitgliedstaaten, zu handeln, und an die Regionaldirektorin, ihnen verstärkt Unterstützung zu gewähren.

Abb. 1: Strategische Stoßrichtungen und befähigende Maßnahmen des Fahrplans zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung



2. Im September 2019 werden die Staats- und Regierungschefs am Amtssitz der Vereinten Nationen in New York zusammenkommen, um die Fortschritte bei der Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und der 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) umfassend zu überprüfen.

3. Die Agenda 2030 bietet Staats- und Regierungschefs, Verantwortlichen im Gesundheitswesen und vielen anderen eine hervorragende Gelegenheit, Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen jeden Alters zu fördern. In diesem Bericht wird der aktuelle

Stand der Umsetzung des Fahrplans zur Umsetzung der Agenda 2030 in der Europäischen Region der WHO zusammengefasst.

4. In einer Reihe von Bereichen sind gute Fortschritte zu verzeichnen. Die gesunde Lebenserwartung für Frauen im Alter von 60 Jahren liegt tendenziell weiterhin zwischen 15 und 20 Jahren. Die in dieser Hinsicht zwischen Männern und Frauen bestehende Lücke verringert sich. 2017 war jeder fünfte Mensch 60 Jahre alt oder älter; bis 2050 dürften ältere Menschen 35% der Bevölkerung in der Europäischen Region ausmachen. Die Vorgaben für die Mütter- und Kindersterblichkeit (SDG-Zielvorgaben 3.1 und 3.2) wurden in den meisten Ländern erreicht, wenngleich eine höhere Sterblichkeit von Neugeborenen in einigen Mitgliedstaaten nach wie vor ein Problem darstellt. Bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und den damit verbundenen Rechten (SDG-Zielvorgabe 3.7) sind Fortschritte zu verzeichnen, auch wenn der Bedarf an Familienplanungsangeboten in der Region stark schwankt. Auf jede Frau, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stirbt, kommen 20 bis 30 Frauen mit akuten oder chronischen Erkrankungen. In der Europäischen Region nehmen die Kapazitäten aller Länder in den Bereichen Frühwarnung, Risikominderung und Management nationaler und globaler Gesundheitsrisiken (SDG-Zielvorgabe 3.d) zu. Die Region bleibt malaria- und poliofrei, wenngleich kontinuierliche Anstrengungen erforderlich sind, diesen Status zu erhalten (SDG-Zielvorgabe 3.3).

5. Die Interventionen müssen deutlich ausgeweitet werden, wenn die Region bis 2030 mehrere der gesundheitsbezogenen SDG-Zielvorgaben erreichen soll.

- Die SDG-Zielvorgabe 3.6 (Bis 2020 die Zahl der Todesfälle und Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen weltweit halbieren) wird sowohl weltweit als auch in der Region verfehlt werden. In der Region kamen 2016 über 85 000 Menschen bei Straßenverkehrsunfällen ums Leben, was 9,3 Todesfällen je 100 000 Einwohner und damit einem Rückgang von 13% gegenüber dem Bezugsjahr 2010 entspricht.
- Die Region weist von allen WHO-Regionen die höchste Belastung durch multiresistente Tuberkulose auf und liegt hinsichtlich der Verwirklichung des HIV-Ziels (SDG-Zielvorgabe 3.3) nicht auf Kurs. Auf höchster Ebene ist ein politisches Engagement für die Immunisierung erforderlich (SDG-Zielvorgabe 3.b), um die Ziele des Europäischen Impfkaktionsplans (2015–2020) zu erreichen, der 2014 auf der 64. Tagung des Regionalkomitees mit der Resolution EUR/RC64/R5 angenommen wurde. In den Ländern der Europäischen Union zuzüglich Island, Liechtenstein und Norwegen sterben jährlich schätzungsweise 33 000 Menschen. Durch erhöhte Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste infolge von Infektionen, die sich nicht mit antimikrobiellen Arzneimitteln behandeln lassen, entstehen in diesen Ländern jährlich Kosten im Umfang von 1,5 Mrd. €.
- Die fünf verbreitetsten nichtübertragbaren Krankheiten – Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus und psychische Störungen – machen zusammen geschätzt 86% aller Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region aus. In der Region nimmt die Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten ab. Dies gibt in Bezug auf die Erfüllung der Vorgabe, nichtübertragbare Krankheiten bis 2030 um ein Drittel zu reduzieren (SDG-Zielvorgabe 3.4), Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Die Ungleichheit zwischen wie auch innerhalb von Ländern muss jedoch dringend in Angriff genommen werden.
- In der Region schreitet die Erfüllung der neun freiwilligen Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten, die im Globalen Aktionsplan zur Prävention und

Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) aufgestellt wurden, ungleichmäßig voran. Der Tabakkonsum geht nicht rasch genug zurück, um die Vorgabe zu erfüllen (SDG-Zielvorgabe 3.a), und die Europäische Region weist von allen WHO-Regionen den höchsten Alkoholkonsum auf (SDG-Zielvorgabe 3.5). Keinem Mitgliedstaat wird es gelingen, den Anstieg von Übergewicht und Adipositas zu unterbinden (SDG-Zielvorgabe 2.2). Darüber hinaus erhöhte sich die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2016 von 55,9% auf 58,7% (Übergewicht) bzw. von 20,8% auf 23,3% (Adipositas).

- Die Prävalenz psychischer Störungen (SDG-Zielvorgabe 3.4) in der Region stieg zwischen 2005 und 2015 um etwa 16%. Sie lag 2015 bei 110 Millionen, was einem Bevölkerungsanteil von 12% entspricht; die Suizidraten sind weiterhin unannehmbar hoch.
- Neoplasmen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und sonstige Erkrankungen können zu einer Behinderung führen. Die Zahl der mit einer Behinderung, hauptsächlich im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, verbrachten Lebensjahre erhöhte sich zwischen 2006 und 2016 weltweit um mehr als 1 Million (6,3%). Bei Menschen mit Behinderungen besteht der Evidenz zufolge weltweit ein ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf.
- Wenngleich die Sterberaten infolge von zwischenmenschlicher Gewalt in der gesamten Region zurückgegangen sind (und zwar um 57% zwischen 2000 und 2015) (SDG-Zielvorgaben 5.2, 16.1 und 16.2), ist zwischenmenschliche Gewalt die siebthäufigste Todesursache bei Menschen in der Altersgruppe 15–29 Jahre. Gewalterfahrungen sind nach wie vor ungleich verteilt.
- Bei den umweltbedingten Risikofaktoren ist Luftverschmutzung (SDG-Zielvorgabe 3.9) die zweithäufigste durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte Todesursache. 2016 war sie nachweislich für mehr als 550 000 Todesfälle in der Region verantwortlich. Der Klimawandel gefährdet die Fortschritte bei der Verringerung der globalen Belastung durch Krankheiten und Verletzungen (SDG 13) insgesamt. Nicht nachhaltige Konsum- und Produktionsmuster wirken sich dadurch, dass sie Umweltzerstörung und größere soziale Ungleichgewichte verursachen, negativ auf die Gesundheit aus (SDG 12). Noch immer sterben Menschen infolge von mangelhafter Wasserqualität in der Region (SDG 6).

6. Im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit, Gleichstellung zwischen den Geschlechtern und Menschenrechte sind raschere Fortschritte vonnöten. Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern überschneiden sich mit anderen Formen der Diskriminierung und tragen so zu Ungleichgewichten in Bezug auf Einkommen, Lebensbedingungen, Sozial- und Humankapital sowie Arbeit und Beschäftigung bei. Die Bewältigung dieser Probleme – so die allgemeine Erkenntnis – ist eine Voraussetzung für die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Trotz der laufenden Bemühungen um mehr gesundheitliche Chancengleichheit werden die Fortschritte durch die Komplexität dieser Themen und die Unsicherheit darüber gehemmt, welche gesundheitspolitischen Konzepte und Investitionen am wirksamsten sind.

7. Im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsversorgung müssen die Gesundheitssysteme weiter gestärkt werden (SDG-Zielvorgaben 1.a, 3.8, 3.b, 3.c und 17.19). 2016 beliefen sich die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Region auf durchschnittlich 12,5% des Bruttoinlandsprodukts (bei Einzelwerten zwischen 3,9% und 22,4%). Ruinöse

Gesundheitsausgaben kommen in den einkommensschwächsten Haushalten besonders häufig vor und sind hauptsächlich durch Zahlungen aus eigener Tasche für ambulant verschriebene Medikamente bedingt. Der Versorgungsgrad war 2015 je nach Land sehr verschieden und reichte von 56 bis zu einem Höchstwert von 79 (Indexwert: 100).¹ Versorgungslücken entstehen aufgrund von Schwachstellen bei der Gestaltung von drei konzeptionellen Bereichen: den Leistungsansprüchen der Bevölkerung, dem Leistungspaket und den Nutzergebühren (Zuzahlungen). Die Herstellung eines Zugangs zu bezahlbaren, wirksamen und hochwertigen Medikamenten ist ein wesentliches Anliegen für viele Mitgliedstaaten. Eine hochwertige und zugängliche primäre Gesundheitsversorgung ist von grundlegender Bedeutung für die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. In der Europäischen Region ist das Wissen über die Leistungsfähigkeit der primären Gesundheitsversorgung als Grundlage für die Entscheidungsfindung aufgrund mehrerer Faktoren nach wie vor begrenzt.

8. Im Hinblick auf Migration (SDG-Zielvorgabe 10.2 und 10.7) lässt sich feststellen, dass 2017 internationale Migranten nahezu 10% der Bevölkerung in der Europäischen Region und 35% aller internationalen Migranten weltweit (258 Millionen Menschen) ausmachten. Im Zeitraum zwischen 2015 und 2017 wurden in der Europäischen Union 1 Million asylsuchende Kinder registriert, von denen 190 000 unbegleitet waren. Die Mitgliedstaaten stärken derzeit die Bereitschaftsplanung und die Kapazitäten des Gesundheitswesens zur Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO.

Umsetzung des Fahrplans in den Ländern der Europäischen Region

9. Die Agenda 2030 und die SDG haben in vielen Ländern der Region neue Impulse für die Politik und Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit gesetzt. In der Agenda 2030 wird den Mitgliedstaaten nahegelegt, regelmäßige und alle Beteiligten einbeziehende Überprüfungen der Fortschritte auf nationaler und subnationaler Ebene vorzunehmen. Mit Stand vom Juli 2019 hatten 43 Länder der Europäischen Region dem Politischen Forum der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über nachhaltige Entwicklung ihre freiwilligen nationalen Untersuchungen vorgelegt. Die Arbeit des Forums wird auch durch Untersuchungen des Wirtschafts- und Sozialrates und anderer zwischenstaatlicher Gremien und Foren beeinflusst. 2017, 2018 und 2019 flossen Beiträge der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa in die Debatte auf dem Regionalforum für nachhaltige Entwicklung ein, an dem 46 ihrer 50 Mitgliedstaaten teilnahmen.

Verankerung der Ziele auf nationaler und kommunaler Ebene

10. Eine Analyse der freiwilligen nationalen Untersuchungen lässt die breite Vielfalt institutioneller Mechanismen erkennen, mit denen die Agenda 2030 umgesetzt werden soll.

- a) In allen berichtenden Ländern wurden politische Aufsichtsmechanismen geschaffen. Sie können dem Präsidenten, dem Ministerpräsidenten oder dem Ministerkabinet, einem hochrangigen ressortübergreifenden Ausschuss, einem nationalen Rat für nachhaltige Entwicklung oder einem bestimmten Ministerium unterstellt sein. In einigen Ländern

¹ Der Index für den Versorgungsgrad ist ein einheitlicher Indikator, der sich aus „Tracer“-Indikatoren errechnet, mit denen unentbehrliche Leistungen in den Bereichen reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern, Bekämpfung von Infektionskrankheiten, nichtübertragbare Krankheiten sowie Leistungskapazität und -zugang erfasst werden.

wurde eine koordinierende Stelle ernannt, etwa in Form eines Kommissars für nachhaltige Entwicklung.

- b) Die Prioritäten für die Umsetzung in der Region beruhen auf breit angelegten Konzepten für die SDG in ihrer Gesamtheit ebenso wie auf enger gefassten Ansätzen speziell für ein Einzelziel. Die Umsetzung fällt weitgehend in die Zuständigkeit der Fachministerien oder nationaler Institutionen oder Einrichtungen. Nicht genügend Länder haben Ansprechpartner für die SDG, etwa im Gesundheitsministerium, benannt. In mehreren Ländern wurden fachliche Arbeitsgruppen eingesetzt, die die Umsetzung unterstützen sollen.
- c) Die Parlamente spielen eine wichtige Rolle bei der Annahme und Überprüfung von Entwicklungsstrategien, bei der Überwachung der Umsetzung, bei der Genehmigung, Zuweisung und Überwachung von Haushaltsmitteln für die SDG, bei der Erstellung und Überprüfung von Berichten und Gesetzesvorlagen sowie bei der Abfassung und Verabschiedung der Rechtsvorschriften, die zur Verwirklichung der SDG erforderlich sind.
- d) In mehreren Ländern kommt der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft eine wachsende Rolle zu: Die Privatwirtschaft ist zunehmend für Investitionen in ein umweltverträgliches Wirtschaften sensibilisiert, jedoch wird weniger Wert auf den potenziellen sozialen Nutzen (d. h. Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden) einer nachhaltigen Entwicklung gelegt. Zivilgesellschaftliche Akteure von Unternehmen, Gewerkschaften, Jugendverbänden, Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen sind immer häufiger in den von der Regierung eingerichteten Kommissionen, Ausschüssen, Räten und/oder Sonderarbeitsgruppen für nachhaltige Entwicklung vertreten.
- e) Allgemein waren die SDG in den Mitgliedstaaten nicht Gegenstand von Prüfungen. Diejenigen, die Prüfungen durchgeführt haben, erklärten, über eine oberste Kontrollbehörde oder eine nationale/staatliche Revisionsstelle zu verfügen, etwa für die Prüfung von Projekten im Zusammenhang mit den SDG.
- f) Nur wenige Länder schulen ihre öffentlich Bediensteten in der Verwirklichung der SDG oder bauen entsprechende Kapazitäten auf, und nur wenige reformieren ihre staatlichen Verwaltungsgremien, um sicherzustellen, dass sie mit den für die Verwirklichung der SDG erforderlichen Mitteln ausgestattet sind.

Gesundheit und Politiksteuerung in Bezug auf die SDG

11. Von den 43 Mitgliedstaaten, die bis 2019 eine freiwillige nationale Untersuchung vorgelegt haben, verfügen 38 über nationale Entwicklungsstrategien, von denen 22 aus der Zeit nach 2014 stammen. Weithin wurde über eine Abstimmung dieser Strategien auf die Agenda 2030 berichtet. Gesundheit und Wohlbefinden wurden in allen Fällen, jedoch mit unterschiedlichem Detailgrad, thematisiert. Abb. 2 enthält eine Darstellung der in den freiwilligen nationalen Untersuchungen/nationalen Entwicklungsstrategien erfassten Gesundheitsaspekte. An erster Stelle thematisiert wurden die Zielvorgaben 1.4 (Zugang zu grundlegenden Diensten), 13.2 (Einbeziehung von Klimaschutzmaßnahmen in die nationalen Politiken und Strategien) und 17.16 (Ausbau der globalen Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung, ergänzt durch Multi-Akteur-Partnerschaften). Eher selten angesprochen wurden dagegen die Zielvorgaben zum Thema Straßenverkehrsunfälle (Zielvorgabe 3.6), Internationale Gesundheitsvorschriften (2005) (Zielvorgabe 3.d), Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Armen und der Menschen in prekären Situationen und Verringerung ihrer Exposition und Anfälligkeit gegenüber klimabedingten Extremereignissen und anderen wirtschaftlichen,

sozialen und ökologischen Schocks und Katastrophen (Zielvorgabe 1.5) sowie Beseitigung aller schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie die Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen (Zielvorgabe 5.3).

Abb. 2: In den freiwilligen nationalen Untersuchungen am häufigsten erwähnte Gesundheitsaspekte der SDG



12. Viele der nationalen Gesundheitskonzepte, die auf „Gesundheit 2020“ aufbauen, beinhalten einige wesentliche Elemente der SDG, auch wenn nicht alle der Komplexität der SDG und den vorrangigen Handlungsfeldern mit verstärktem Handlungsbedarf gerecht werden. Theoretisch sollte die Abstimmung auf die SDG laufend erfolgen. Da viele der nationalen Gesundheitskonzepte in Kürze auslaufen werden, sind weitere Bemühungen zur Ausrichtung nationaler Gesundheitsstrategien und -pläne an der Agenda 2030 und den SDG notwendig, einschließlich Prioritäten, Beschleunigern und Mechanismen für die Rechenschaftslegung. Die in den freiwilligen nationalen Untersuchungen oder Entwicklungsplänen aufgestellten Gesundheitsprioritäten wurden nicht in jedem Fall auf die gesundheitlichen Prioritäten entsprechend den nationalen Gesundheitskonzepten abgestimmt oder damit in Einklang gebracht. So wurde das Vorgehen gegen Tabakkonsum eher weniger häufig in den freiwilligen nationalen Untersuchungen, die Themen Geschlechtergleichstellung und Gewalt dagegen eher weniger häufig in den nationalen Gesundheitskonzepten zur Sprache gebracht. Interessanterweise wurden Straßenverkehrsunfälle (SDG-Zielvorgabe 3.6) sowohl in den nationalen Gesundheitskonzepten als auch in den freiwilligen nationalen Untersuchungen weniger häufig erwähnt.

Chancengleichheit und das Gebot, niemanden zurückzulassen

13. Alle Mitgliedstaaten haben ihr Bekenntnis zu der Maxime, niemanden zurückzulassen, unmissverständlich erklärt. Eine von der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen im Juli 2018 vorgelegte Analyse ergab indessen vier zentrale Erkenntnisse: Die meisten betrachteten Länder erwähnten das Konzept, „niemanden zurückzulassen“, nur wenige verwiesen jedoch auf explizite Strategien, wenngleich Sozialschutz der am häufigsten genannte Strategiebereich war. Noch weniger Länder erwähnten ausdrücklich die Notwendigkeit, anfällige Gruppen stärker in Entscheidungsprozesse einzubinden, und in keiner der bis Juli 2018 vorgelegten freiwilligen nationalen Untersuchungen wurde auf die Verpflichtung eingegangen, die Menschen zu erreichen, die am weitesten zurückliegen. Frauen, Menschen mit Behinderungen, Kinder und Migranten wurden am häufigsten als anfällig genannt. Durch ausgewogenere Geschlechternormen, -rollen und -beziehungen ließen sich die gesundheitlichen Resultate für Frauen wie Männer deutlich verbessern, jedoch wird ein geschlechtsspezifischer Ansatz für die Gesundheit von Männern in den freiwilligen nationalen Untersuchungen nur selten berücksichtigt.

14. Umfassende Zielsetzungen für mehr Chancengleichheit finden ihren Ausdruck im Zugang zu Gesundheitsleistungen und einem hohen Versorgungsgrad, was eine Verringerung lebensstilbedingter Ungleichgewichte, einen Abbau der Unterschiede bei der Lebenserwartung und eine Reduzierung des sozialen Gefälles bewirkt. Zu den derzeitigen Maßnahmen gehören die Verbesserung des Zugangs zur öffentlichen Grundversorgung, der Schutz der Haushalte vor Entbehrung und Armut und die Verbesserung der Beschäftigungssicherheit. In manchen Ländern wurden spezielle Dienststellen oder Ausschüsse eingerichtet, die zur Sicherstellung der erforderlichen Maßnahmen befugt sind. In vielen Fällen lässt die Analyse einen Mangel an aufgeschlüsselten Gesundheitsdaten erkennen.

Finanzierung zur Förderung von Entwicklung

15. In einer unlängst erschienenen Publikation der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe für Entwicklungsfinanzierung wurde zusammenfassend auf Aspekte der Finanzierung der SDG eingegangen und die Notwendigkeit der Mobilisierung inländischer Ressourcen hervorgehoben. Wie aus der Aktionsagenda von Addis Abeba der dritten Internationalen Konferenz über Entwicklungsfinanzierung (Addis Abeba (Äthiopien), 13.–16. Juli 2015) hervorgeht, werden inländische Mittel in erster Linie durch Wirtschaftswachstum generiert. Da das globale Wachstum seinen Höhepunkt erreicht haben dürfte, muss für eine weitere Erhöhung der öffentlichen Einnahmen in der Steuerpolitik und bei der Verwaltungsreform der politische Wille bestehen, die Steuerbemessungsgrundlage auszuweiten und die Regelkonformität zu verbessern.

16. Die osteuropäischen Länder ziehen für die Umsetzung ihrer SDG-Prioritäten eine Mischung verschiedener Finanzierungsquellen heran: öffentlicher Haushalt, kommunale und regionale Haushalte, ausländische private Direktinvestitionen, Geldüberweisungen und internationale Entwicklungshilfe. Ausländische Direktinvestitionen sind die wichtigste externe Finanzquelle, haben sich jedoch in den vergangenen Jahren kaum erhöht. Die Vergabe gewerblicher Kredite (und von Krediten im Rahmen internationaler Finanzanlagen) dürfte bei einigen Volkswirtschaften bis 2030 deutlich zunehmen und mit inländischen Finanzreformen und der zunehmenden Integration in die regionalen und globalen Kapitalmärkte einhergehen. In einigen Ländern der Europäischen Region werden Geldüberweisungen von

Arbeitsmigranten voraussichtlich weiter eine wichtige Rolle bei den grenzüberschreitenden Finanzströmen spielen.

17. Während die öffentliche Entwicklungshilfe seit 2009 stetig zugenommen hat, stagnierte das Gesamtwachstum 2017 real. Fünf Mitglieder des Ausschusses für Entwicklungshilfe der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (Dänemark, Luxemburg, Norwegen, Schweden und das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland) erreichten oder übertrafen das von den Vereinten Nationen gesetzte Ziel, 0,7% des Bruttonationaleinkommens für die öffentliche Entwicklungshilfe bereitzustellen. 2017 wandten die Mitglieder des Ausschusses 147,2 Mrd. US-\$ für öffentliche Entwicklungshilfe auf, was einem Rückgang von real 0,1% gegenüber 2016 entspricht. Gemessen am kumulierten durchschnittlichen Bruttonationaleinkommen, das 0,31% betrug, verfehlten die Geber das Ziel jedoch. Wenngleich das Sozialwesen nach wie vor der wichtigste Empfänger ist, ging der Anteil der in diesem Bereich gewährten öffentlichen Entwicklungshilfe an öffentlicher Entwicklungshilfe insgesamt zwischen 2010 und 2017 von 40% auf 35% zurück. Kirgisistan war die einzige Volkswirtschaft in der Europäischen Region, in der auf die öffentliche Entwicklungshilfe in diesem Zeitraum mehr als 10% der Gesamtfinanzierung zur Verwirklichung der SDG entfielen.

18. Was die Haushaltsplanung angeht, haben einige Länder ihre Konzepte für nachhaltige Entwicklung in ihre jährlichen Haushaltszyklen integriert. Nur in wenigen Ländern wurden die entsprechenden finanziellen Mittel in die jeweiligen Fach- oder Programmhaushalte eingestellt. Mehrere Länder setzen sich für eine Einbeziehung der SDG in die Strategien und Arbeitspläne der Ministerien und damit in die Haushaltsentwürfe ein.

Determinanten von Gesundheit

19. Bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verwirklichung der für Gesundheit relevanten SDG wird die Förderung der Gesundheit im gesamten Lebensverlauf selten in Betracht gezogen. Häufiger schlagen die Länder vor, die Aktivitäten zu verstärken, die der Wirtschaft und der Umwelt zugutekommen, während sie die soziale Dimension weniger beachten. Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels werden in den freiwilligen nationalen Untersuchungen mit am häufigsten angeregt, die potenziellen Vorteile einer verbesserten Luftqualität, einer erhöhten körperlichen Betätigung, einer gesunden Ernährung und einer verringerten Adipositas dagegen selten gewürdigt. Die Frage der Gesundheit in allen Politikbereichen wird kaum berücksichtigt. Mehrere Länder verweisen bei einigen SDG auf rechtliche und ordnungspolitische Rahmen (Energie und Klima, Handel und Beschäftigung, Meeresumwelt und Fischerei sowie Landwirtschaft). Wenngleich diese Rahmen eine bessere Gesundheit ermöglichen, wird ihr gesundheitlicher Nutzen nicht erwähnt. Es bestehen kaum Pläne, der Öffentlichkeit die positiven Nebeneffekte einer nachhaltigen Entwicklung näherzubringen; insbesondere mangelt es an der Vermittlung der gesundheitlichen Vorteile der Nachhaltigkeit. Es gibt nur wenige Beispiele für Strategien zur Einbindung der Öffentlichkeit durch innovative Forschung oder Informationstechnologie.

Maßnahmen auf subnationaler und kommunaler Ebene

20. Die meisten Mitgliedstaaten haben bei der Planung und Umsetzung der Agenda 2030 mit den Kommunalbehörden zusammengearbeitet und dabei nationale Entwicklungsstrategien aufgestellt oder konkrete Projekte und Strategien konzipiert. Mehrere Länder haben dafür

gesorgt, dass die Kommunalbehörden in den nationalen Ausschüssen und Foren der Interessengruppen zum Thema SDG vertreten sind. Zahlreiche nationale Regierungen haben bei der Zusammenarbeit mit den Kommunalbehörden zur Umsetzung der Agenda 2030 auf bestehende Koordinierungsnetze zurückgegriffen. Nur wenige Regierungen haben bislang Strategien und Konzepte auf kommunaler und regionaler Ebene entworfen und integriert. In Ländern mit einem dezentralen politischen System wurde die Zuständigkeit für die Verwaltung und Umsetzung vieler der SDG-Prioritäten den subnationalen Verwaltungen übertragen; infolgedessen ist kommunales Engagement in Bereichen wie Verkehr, Umwelt und Flächennutzung ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Nur wenige haben auf kommunaler Ebene Netzwerke oder Zentren zum Thema SDG eingerichtet, die einschlägige kommunale Konzepte, Programme oder Infrastrukturen überwachen. Einige Regierungen stellen den kommunalen Behörden ausreichende finanzielle Unterstützung und Ressourcen zur wirksamen Umsetzung von Strategien und Konzepten für die SDG zur Verfügung.

21. Für das Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO ist eines der Kriterien für die Teilnahme an der neuen Phase VII (2019–2024) ein uneingeschränktes Bekenntnis der Städte zur Agenda 2030. Geplante Aktivitäten, Pläne und strategische Dokumente, die zusammen mit dem Antrag auf Akkreditierung eingereicht werden, müssen sich vollständig an der Agenda 2030 orientieren und zum Ziel der Verwirklichung der SDG beitragen.

Allgemeine Gesundheitsversorgung

22. Die in den freiwilligen nationalen Untersuchungen vorgelegten Informationen über Maßnahmen zur Umsetzung der SDG beinhalteten oft ein klares Bekenntnis zu wirksamen Präventionsprogrammen und zur Sicherung des Zugangs zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen. Nur in wenigen Fällen wurden Angaben zu ihrer Akzeptanz bei bestimmten Bevölkerungsgruppen oder zu entsprechenden Resultaten gemacht. Aufgrund des allgemeinen Bestrebens, das öffentliche Beschaffungswesen zu verbessern, trat die Notwendigkeit der Steigerung der sozialen, ökonomischen und ökologischen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in den Hintergrund. Mehrere Länder berichteten über die Bereitstellung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung, die Verbesserung des Zugangs zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen und den Ausbau des Gesundheitspersonals. Es wurde anerkannt, dass geschlechtsbezogene Normen und Wertvorstellungen sich auf die Chancen für Frauen und das Vorgehen gegen Schwangerschaften Minderjähriger sowie die sexual- und reproduktionsmedizinische Versorgung und damit verbundene Rechte auswirken. Verbesserungen bei der Erwirtschaftung, Zuweisung und effizienten Verwendung von Finanzmitteln für die Gesundheitsförderung, die zur Erfüllung der Zielvorgaben des SDG 3 erforderlich sind, wurden selten erwähnt. Gesundheitssysteme mit starker finanzieller Absicherung und einem niedrigen Grad an unerfüllten Bedürfnissen weisen keine großen Defizite hinsichtlich des Versorgungsgrades auf. Es ist unumgänglich, Zugangsbarrieren und Zahlungen aus eigener Tasche so weit wie möglich abzubauen und öffentliche Ausgaben in angemessenem Umfang zu gewährleisten, um einen zeitnahen Zugang zu einem breiten Spektrum an Gesundheitsleistungen zu garantieren und Zahlungen aus eigener Tasche gering zu halten. Einige Länder müssen sich parallel zur Neugestaltung ihrer Erstattungspraxis um zusätzliche öffentliche Investitionen in das Gesundheitssystem bemühen und dabei Maßnahmen treffen, die zunächst den am stärksten benachteiligten Menschen zugutekommen.

Daten und Überwachung

23. Die SDG wurden von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen vereinbart, die Indikatoren dagegen von der globalen statistischen Fachwelt festgelegt. Aus statistischer Sicht ist der Indikatorenrahmen mit 17 Dachzielen, 169 Zielvorgaben und 232 separaten Indikatoren enorm komplex. Herausforderungen bestehen unter anderem in Bezug auf die Frage, welche Größen zu messen sind, die Priorisierung der Zielvorgaben, die Frage, wie relevant eine Zielvorgabe für das betreffende Land ist, die Frage, wie zuverlässig die Daten angesichts des Mangels an internationalen Standards für die Messung sind, die Qualität und Einhaltung internationaler Standards sowie die fehlende Aufschlüsselung. Mit vielen der politischen Zielsetzungen ist die Statistik derzeit noch überfordert. Schätzungen des Mittelbedarfs für die Umsetzung des SDG-Indikatorenrahmens bewegen sich zwischen 1 Mrd. und 125 Mrd. US-\$ jährlich. Allerdings werden viele Länder zusätzliche Ressourcen benötigen, weshalb der Investitionsbedarf höchstwahrscheinlich weitaus höher ausfallen wird.

24. Die Mitgliedstaaten haben nationale Netzwerke für Statistiken oder Statistikämter eingerichtet, die mit der Erhebung, Überwachung und Analyse der Daten zu den SDG-Indikatoren betraut sind. Sie liefern Informationen für die nationale Regierung oder internationale Gremien und andere maßgebliche Akteure und nehmen im Verbund mit den im Gesundheitsbereich tätigen Regierungsministerien und/oder -behörden häufig Bewertungen der Fortschritte auf dem Weg zur Verwirklichung der SDG vor. Einige Länder arbeiten noch an der Erstellung oder Aktualisierung ihrer nationalen Indikatoren, indem sie entsprechende Basisdaten festlegen und/oder einen Überprüfungsrahmen entwickeln, und nur wenige von ihnen haben ihre Statistikämter ausgebaut. Die nationalen Gesundheitsinformationssysteme tragen zwar zu den Daten und Überwachungsaktivitäten bei, es sind jedoch weitere Verbesserungen und eine bessere Koordination erforderlich.

Fortschritte bei der Umsetzung des Fahrplans durch Maßnahmen der WHO und ihrer Partner

25. Im Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO 2019–2023 wird um eine Verwirklichung der SDG durch seine drei miteinander verknüpften strategischen Prioritäten geworben: Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung, Bewältigung gesundheitlicher Notlagen und Schaffung einer gesünderen Bevölkerung. Der Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 versetzt die Europäische Region bestens in die Lage, das Allgemeine Arbeitsprogramm zu verwirklichen und die Umsetzung der SDG zu beschleunigen.

Politiksteuerung

26. Auf den letzten drei Tagungen des Regionalkomitees für Europa fand jeweils eine hochrangige Sitzung speziell zur Verwirklichung der SDG statt. Auch auf sämtlichen hochrangigen Konferenzen des WHO-Regionalbüros für Europa stand diese Thematik auf der Tagesordnung. So bot der zehnte Jahrestag der Annahme der Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand eine Gelegenheit zur Bestandsaufnahme der Fortschritte bei der Stärkung der Gesundheitssysteme. Die drei Themen der Jubiläumskonferenz („Inklusion“, „Investitionen“ und „Innovation“) betrafen die Verbesserung von Versorgungsgrad, Zugang und finanzieller Absicherung für alle, Investitionen in die Gesundheitssysteme und die Nutzung von Innovationen und Systemen zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung. Die

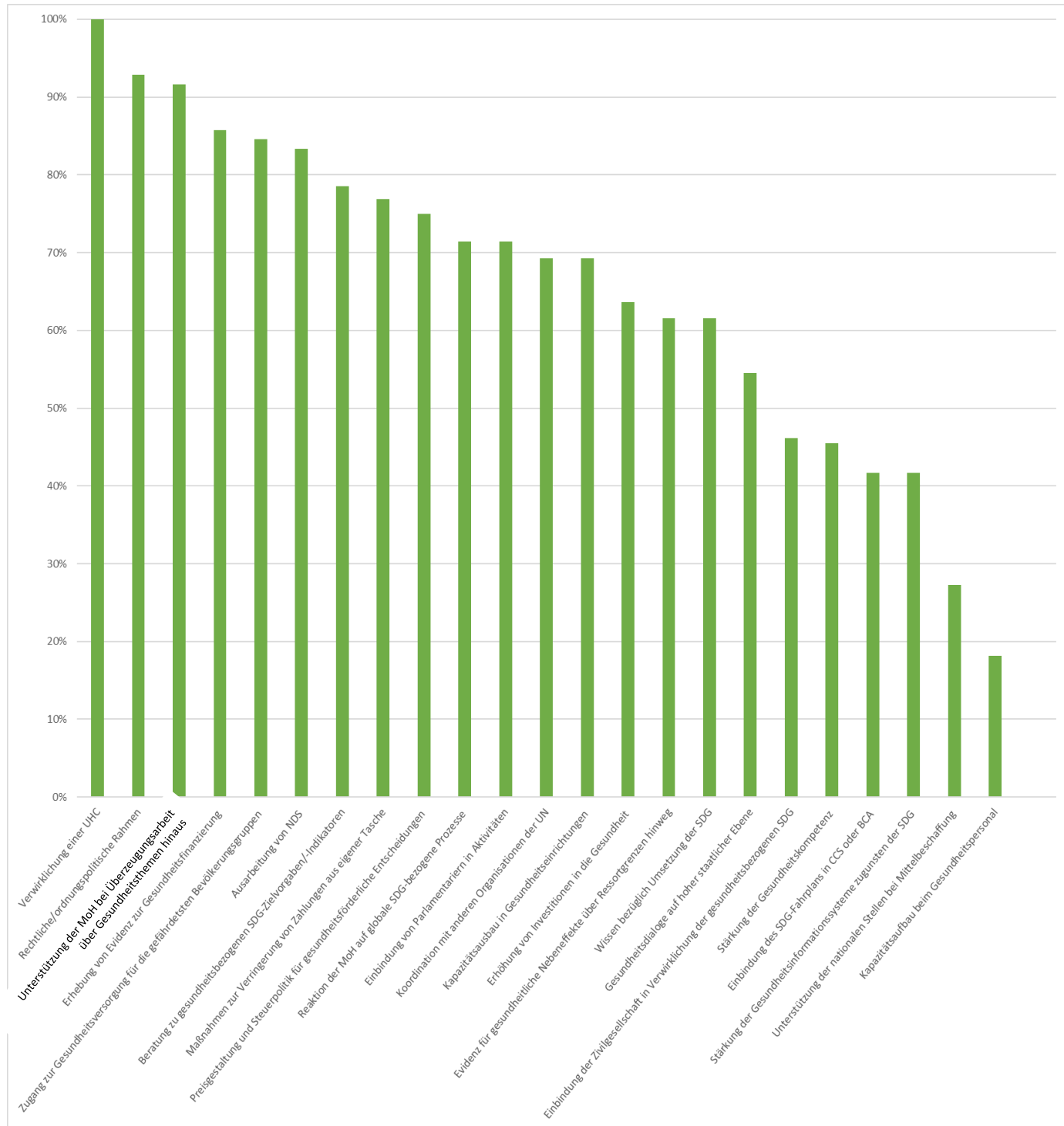
Teilnehmer der Globalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung (Astana (Kasachstan), 25.–26. Oktober 2018), auf der das 40-jährige Jubiläum der Unterzeichnung der Erklärung von Alma-Ata begangen wurde, nahmen die Erklärung von Astana an und betonten die Notwendigkeit, ihre Anstrengungen zur Förderung der primären Gesundheitsversorgung nochmals zu verstärken. Im Februar 2019 kamen Gesundheitsminister und andere hochrangige Delegierte in Istanbul zusammen, wo sie erneut ihre Entschlossenheit bekundeten, die gemeinsamen Maßnahmen und Investitionen zur Bewältigung gesundheitlicher Notlagen und zur Umsetzung des Aktionsplans zur Verbesserung von Vorsorge- und Bewältigungsmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO voranzutreiben. In ähnlicher Weise hat die Hochrangige Konferenz der Europäischen Region der WHO zum Thema nichtübertragbare Krankheiten: Zeit zum Handeln (Aschgabat (Turkmenistan), 9.–10. April 2019) erneut unter Beweis gestellt, dass die Bemühungen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren intensiviert werden müssen, wenn die Welt eine nachhaltige Entwicklung anstrebt.

27. Die Vereinten Nationen sowie die Resolutionen, Strategien und Aktionspläne der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees für Europa geben die wesentliche konzeptionelle Ausrichtung vor, mit der die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen SDG-Zielvorgaben unterstützt wird. Seit 2017 hat das Regionalkomitee mit mehreren Strategien, Aktionsplänen und Beschlüssen zur Umsetzung der SDG beigetragen.

Unterstützung für die Mitgliedstaaten

28. Alle WHO-Länderbüros in der Europäischen Region unterstützen unter Rücksprache mit dem Regionalbüro direkt die Verwirklichung der SDG in den Mitgliedstaaten (siehe Abb. 3).

Abb. 3: Art der Unterstützung der WHO für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen SDG (prozentualer Anteil der Länderbüros, durch die Unterstützung im jeweiligen Bereich geleistet wurde)



BCA: biennial collaborative agreement (zweijährige Kooperationsvereinbarung); CCS: country cooperation strategy (Länder-Kooperationsstrategie); MOH: ministry of health (Gesundheitsministerium); NDS: national development strategy (nationale Entwicklungsstrategie); PH: public health (öffentliche Gesundheit); UHC: universal health coverage (allgemeinen Gesundheitsversorgung); UN: United Nations (Vereinte Nationen).

29. Albanien, Belarus, Georgien, Kirgisistan, Serbien, Turkmenistan, die Ukraine und Usbekistan erhielten im Rahmen des Konzepts „One UN“ Unterstützung, was die

Notwendigkeit einer Befassung mit Themen von Gesundheit und Wohlbefinden erhöhte. Mit dem Präsidenten Rumäniens und im Rahmen der rumänischen Präsidentschaft im Rat der Europäischen Union wurden hochrangige Politikdialoge geführt. Das Regionalbüro war den Mitgliedstaaten bei der Vorbereitung und Reaktion auf gesundheitliche Notlagen behilflich.

Fachliches Ressourcenpaket

30. Für die SDG wurde ein fachliches Ressourcenpaket entwickelt. Es beinhaltet eine Sammlung von 280 Instrumenten, Faktenblättern und Hintergrundpapieren, thematischen Schlaglichtern, breit angelegten Studien und eine regelmäßig aktualisierte Website.²

31. Ein Bericht mit einer Analyse der Fortschritte hinsichtlich der primären Gesundheitsversorgung in der Region seit 1978 und einer Prognose zu künftigen Fortschritten wurde auf der Globalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung vorgestellt. Das Regionalbüro entwickelte einen Handlungsrahmen zur Schaffung eines nachhaltigen Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen, der 2017 zusammen mit einem unterstützenden Instrumentarium angenommen wurde. Er dient der Überwachung von Versorgungsgrad, Zugang und finanzieller Absicherung in der gesamten Region. Ein im Jahr 2018 unter dem Titel *Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten?* vom Regionalbüro veröffentlichter Bericht wird ergänzt durch länderspezifische Analysen und Empfehlungen zu Möglichkeiten, wie Versorgungsdefizite behoben und der ungedeckte Bedarf und finanzielle Härten verringert werden können, und befasst sich insbesondere mit dem Indikator 3.8.2 der SDG (Anteil der Bevölkerung eines Landes mit hohen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Gesamtverbrauch oder Einkommen des Haushalts).

32. Zu weiteren die Stärkung der Gesundheitssysteme betreffenden Bereichen zählen verbesserte Informationstechnologie und Maßnahmen im Bereich E-Gesundheit, Bewertungen des umsichtigen Umgangs mit Arzneimitteln und ihrer Bezahlbarkeit sowie Sicherung der Qualität der Leistungsangebote und der Patientensicherheit. Das Regionalbüro hat das strategische Potenzial von Investitionen in die digitale Gesundheit und die dafür bestehenden finanziellen Argumente erkannt und sein Augenmerk zunehmend auf die Folgen der Digitalisierung für die nationalen Gesundheitssysteme gerichtet.

33. Mit den Beiträgen im Rahmen der Partnerschaft zum Planungsrahmen für die pandemische Influenza unterstützt das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung nationaler Leitlinien für die Untersuchung und Bewältigung von Krankheitsausbrüchen. Ein Handbuch der WHO und dazugehörige Politikinstrumente mit dem Zweck, die Schaffung seniorengerechter Umfelder in Städten und Teilregionen zu unterstützen, haben zur Umsetzung der SDG in der Europäischen Region in diesem Bereich beigetragen.

34. Der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung, das hochrangigste Beratungsgremium der Region für Forschungsfragen, befasst sich nun auch mit Forschungen im Bereich der SDG. Unlängst veröffentlichte das Projekt zu den kulturellen Kontexten von Gesundheit und Wohlbefinden beim Regionalbüro das Hintergrundpapier mit dem Titel *Antibiotikaresistenz: Bewältigung einer weltweiten gesundheitlichen Herausforderung durch Ansetzen an den kulturellen Rahmenbedingungen von Gesundheit*. Mit dem Papier wird auf die Forderung in der Agenda 2030 reagiert, vor dem Hintergrund der besorgniserregenden

² Siehe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/resources>.

Situation bei der antimikrobiellen Resistenz Aufmerksamkeit auf die sozialen und ökologischen Beziehungen zu verwenden.

Umsetzung zusammen mit Partnern und im Rahmen von Netzwerken

35. 2017 wurde eine neue Partnerschaftsstrategie für das Regionalkomitee angenommen. Das Regionalbüro betreut das Sekretariat für länderübergreifende, zahlreiche Akteure einbeziehende, subregionale und thematische Netzwerke oder Partnerschaften, die sich allesamt mit den SDG auseinandersetzen.

36. Auf der Dritten hochrangigen Tagung kleiner Länder (2017) wurden die gemeinsamen Nenner im Zusammenhang mit den SDG und „Gesundheit 2020“ erörtert und entsprechende Beschlüsse gefasst. Die Sechste hochrangige Tagung zum Thema „Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung: Der Mensch im Mittelpunkt“ bot Gelegenheit für eine eingehende Analyse partizipatorischer Ansätze bei der Umsetzung der SDG in 12 Ländern der Europäischen Region.

37. 2017 unterzeichneten die Mitglieder des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEEHN) die Verpflichtung von Chisinau, mit der die Länder ihre Zusagen hinsichtlich der Verwirklichung der SDG und einer allgemeinen Gesundheitsversorgung bekräftigten. Zudem wurden darin Notlagen, Gesundheitspersonal und Alterung der Bevölkerung als Politikbereiche benannt, die grenzüberschreitend angegangen werden können, und die SEEHN-Mitgliedstaaten darauf hingewiesen, dass sie neben der grenzübergreifenden Zusammenarbeit auch subnationale Maßnahmen in Betracht ziehen sollten. Auf einer Fachtagung des Netzwerks wurde die primäre Gesundheitsversorgung als Eckpfeiler nachhaltiger Gesundheitssysteme, einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und der gesundheitsbezogenen SDG hervorgehoben. Die subregionale Kooperationsstrategie des Netzwerks deckt sieben strategische Bereiche der Zusammenarbeit ab und enthält einen detaillierten Aktionsplan zur Unterstützung der Umsetzung der SDG und des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“.

38. Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa bietet ein Mandat und einen Rahmen für das Engagement der WHO in diesen beiden Bereichen. In der 2017 angenommenen Erklärung von Ostrava werden sieben gesundheitliche Prioritäten für den Bereich Umwelt und Gesundheit in der Europäischen Region genannt: Verbesserung der Luftqualität für alle; Zugang zu einer sicheren Trinkwasser- und Sanitärversorgung und zu sicheren hygienischen Bedingungen für alle; Minimierung der schädlichen Auswirkungen von Chemikalien; Prävention und Eliminierung der schädlichen umwelt- und gesundheitsbezogenen Folgen von Abfallentsorgung und Altlasten; Stärkung der Anpassung an den Klimawandel sowie des Klimaschutzes; Unterstützung von Städten und Regionen in ihren Bemühungen, gesünder zu werden; und ökologische Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme.

39. Die Koalition der Partner beschließt gemeinsame Maßnahmen mit dem Ziel, die Angebote und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der gesamten Europäischen Region zu stärken. Auf den in jüngster Zeit abgehaltenen Tagungen ersuchten die Partner darum, die SDG fester in künftigen Überlegungen zu verankern.

40. Das Netzwerk Regionen für Gesundheit umfasst 41 Regionen in 28 Mitgliedstaaten. Ziel seiner Mitglieder ist es, „Gesundheit 2020“ und die SDG in ihren eigenen Regionen in die Tat umzusetzen. Das Netzwerk fördert das regionenübergreifende Lernen unter Fachleuten, leistet Kapazitätsaufbau, bietet den wichtigsten Akteuren auf subnationaler Ebene die Möglichkeit zur

Mitsprache und direkten Beteiligung und unterstützt Kommunikationsaktivitäten, die ihre Bekanntheit und Sichtbarkeit vor Ort erhöhen sollen.

41. Das Gesunde-Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO dient als Vehikel für die Umsetzung der SDG auf kommunaler Ebene, indem es durch gesamtstädtische und gesamtgesellschaftliche Ansätze eine nachhaltige und chancengleiche städtische Entwicklung unterstützt, die Gesundheit und Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellt. Eine Reihe von Ländern verfolgt diesen Ansatz bereits und bemüht sich derzeit um vertikale Kohärenz durch die Einbeziehung ihrer nationalen Gesunde-Städte-Netzwerke in die Verwirklichung und Umsetzung der gesundheitsbezogenen SDG.

42. Das Regionalbüro stärkt seine Reaktion auf Notlagen sowohl in der Region als auch weltweit, indem es Partnerschaften mit internationalen und kommunalen Akteuren bildet. So arbeitet das Globale Netzwerk zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen mit 103 Partnern in der Region zusammen; 2018 beteiligten sich 20 Partner an sieben Missionen. Zwölf medizinische Notfallteams wurden bereits zertifiziert, und 27 Teams durchlaufen derzeit die Betreuungs- und Verifizierungsphase. Die Kooperationszentren der WHO in der Region leisten aktive Arbeit im Bereich gesundheitliche Notlagen.

43. Das Projekt „Gesundheitsschutzbezogene Aspekte der Migration in der Europäischen Region“ ermöglichte eine schnelle Reaktion auf die großen Migranten- und Flüchtlingsströme in die Länder der Europäischen Region. Die Strategie und der Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO, die 2016 angenommen wurden, unterstützen insbesondere Maßnahmen zur Erfüllung der SDG-Zielvorgabe 10.7.

Zusammenarbeit innerhalb der Vereinten Nationen

44. In Anbetracht dessen, dass der Schwerpunkt auf der Umsetzung der SDG in den Ländern liegt, tritt die Notwendigkeit einer engen Koordination innerhalb und außerhalb des Systems der Vereinten Nationen und zwischen allen Organisationen, Ressorts, Ebenen und Fachgebieten umso deutlicher zutage. Bedienstete der oberen Leitungsebene, darunter die Regionaldirektorin, gehörten während des Regionalforums für nachhaltige Entwicklung 2017, 2018 und 2019 der hochrangigen Gruppe an, in der die Länder der Region eine Bilanz der bisherigen Fortschritte bei der Verwirklichung der SDG zogen. Das Regionalforum wurde von den Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa mit dem Auftrag eingerichtet, die Fortschritte und Herausforderungen bei der Umsetzung der SDG systematisch zu überwachen und darüber Bericht zu erstatten.

45. Am 31. Mai 2018 nahm die Generalversammlung die Resolution 72/279 („Neupositionierung des Entwicklungssystems der Vereinten Nationen im Kontext der vierjährigen umfassenden Grundsatzüberprüfung der operativen Entwicklungsaktivitäten des Systems der Vereinten Nationen“) an. Sie ist speziell der Umsetzung der Agenda 2030 und der SDG gewidmet und wird erhebliche Konsequenzen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region haben, in denen eine Organisation der Vereinten Nationen präsent ist. Vertreter der oberen Leitungsebene und andere leitende Bedienstete des Regionalbüros nehmen an den Koordinierungstagungen der Regionaldirektoren der Vereinten Nationen teil, die zweimal jährlich stattfinden und auf denen über die Umsetzung der SDG in den Mitgliedstaaten, die Umsetzung der Reform der Vereinten Nationen, die Abstimmung der programmatischen Arbeit

der Organisationen der Vereinten Nationen und die Vorbereitungen für den neuen Kooperationsrahmen der Vereinten Nationen für die nachhaltige Entwicklung beraten wird.

46. In der Region wurden mehrere Themenbezogene Koalitionen vom Regionalen Koordinierungsmechanismus der Vereinten Nationen für Europa und Zentralasien eingerichtet, dem sie Bericht erstatten. Das Regionalbüro leitet die Themenbezogene Koalition für Gesundheit und Wohlbefinden. Sie soll die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der gesundheitsbezogenen SDG unterstützen, etwa bei der Dokumentierung von Normen und Konzepten, beim Zugang zu fachlicher Unterstützung, beim effektiven Einsatz personeller und sonstiger Ressourcen sowie bei der Kommunikation und dem Austausch von Informationen über bewährte Praktiken. Zudem arbeitet das Regionalbüro aktiv in der Themenbezogenen Koalition für die Gleichstellung der Geschlechter mit. In den ersten drei Jahren ging es dabei vor allem um die Ausweitung von Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern, die Stärkung der rechtlichen und operativen Aspekte im Zusammenhang mit Arzneimitteln und den Aufbau der für den Umgang mit Migrationsfragen erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten. In einem ihrer vier Arbeitsstränge befasst sich die Themenbezogene Koalition für Gesundheit und Wohlbefinden mit Tuberkulose, HIV und Hepatitis; 14 Organisationen der Vereinten Nationen haben ein gemeinsames Positionspapier mit zentralen Maßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus zur Bekämpfung von HIV, Tuberkulose und Virushepatitis in Europa und Zentralasien erarbeitet. Die Koalition wird eine leitende Rolle bei der Integration von Gesundheitsaspekten in den neuen Kooperationsrahmen der Vereinten Nationen für die nachhaltige Entwicklung in 18 Ländern in den Jahren 2019 und 2020 und bei ihrer Berücksichtigung bei der Reform der Vereinten Nationen übernehmen.

Daten und Aufbau statistischer Kapazitäten

47. Auf der 67. Tagung des Regionalkomitees ersuchten die Mitgliedstaaten das Regionalbüro, die gemäß dem vorgeschlagenen Gemeinsamen Kontrollrahmen für die Indikatoren für „Gesundheit 2020“, die SDG und nichtübertragbare Krankheiten bestehenden Indikatoren weiter zu überprüfen und sich auf ihren Inhalt und ihre Eignung zu verständigen sowie möglicherweise die Einführung neuer Indikatoren in Betracht zu ziehen (Hintergrundinformationen in Dokument EUR/RC67/Inf.Doc./1 Rev.1). Auf der 68. Tagung des Regionalkomitees wurde ein Katalog von Indikatoren für den Gemeinsamen Kontrollrahmen vorgeschlagen und mit dem Beschluss EUR/RC68(1) angenommen. Diese Indikatoren werden im Jahresverlauf 2019 im Europäischen Gesundheitsinformations-Portal aktualisiert.

48. Die Europäische Gesundheitsinformations-Initiative der WHO ist der auf Ebene der Europäischen Region bestehende Mechanismus für die Umsetzung des Beschlusses; in diesem Zusammenhang wurde eine Untergruppe für die Überarbeitung der Indikatoren mit dem Auftrag eingesetzt, die von den Mitgliedstaaten angesprochenen Punkte weiterzuverfolgen, um zu gegebener Zeit ein gestrafftes Berichterstattungsverfahren zumindest für diejenigen Indikatoren bereitzustellen, die die zentralen Aspekte der SDG und der anderen Kontrollrahmen abbilden.