



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa  
Vierundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 6.–9. September 2004**

Punkt 7 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC54/12

1. Juni 2004

40231

ORIGINAL: ENGLISCH

**Follow-up zu früheren Tagungen des  
WHO-Regionalkomitees für Europa**

Mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees ist vereinbart worden, der diesjährigen Tagesordnung des Regionalkomitees einen neuen Punkt hinzuzufügen. Dieser ist dem Follow-up einiger wichtiger auf früheren Tagungen erörterter Themen gewidmet, d. h. der Umsetzung von Resolutionen oder der Vorbereitung wichtiger Veranstaltungen und der Erarbeitung von Strategien. Zusammen mit den Themen, die sich aus dem Exekutivrat und der Weltgesundheitsversammlung ergeben, und dem Bericht des Regionaldirektors, soll der neue Punkt das Regionalkomitee über die Aktivitäten seit der letzten Tagung informieren.

Die für dieses Hintergrundpapier gewählten Follow-up-Themen sind: a) die Länderstrategie, b) die Aktualisierung der „Gesundheit für alle“, c) *Der Europäische Gesundheitsbericht*, d) die Vorbereitungen für die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit und e) die Bekämpfung der Tuberkulose.

Auf die drei zuerst genannten Themen dieses Hintergrundpapiers wird während der Tagung des Regionalkomitees besonderer Nachdruck gelegt.

Wenn sich dieser erste Versuch nach Meinung der Teilnehmer am Regionalkomitee als interessant und sinnvoll erweist, wird er fortan wiederholt werden.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Umsetzung der Länderstrategie 2000: Sachstandsbericht für den Zeitraum 2002–2003 .....	1
Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“: Sachstandsbericht.....	3
Säule eins: Die Lehren aus „Gesundheit für alle“ .....	3
Säule zwei: Die Werte von „Gesundheit für alle“ .....	5
Säule drei: Die Instrumente zur Umsetzung der Werte von „Gesundheit für alle“ .....	7
<i>Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 – Von der Erkenntnis zur Handlung: Sachstandsbericht.....</i>	<i>8</i>
<i>Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 .....</i>	<i>9</i>
Der Verlauf .....	11
Schlussfolgerung.....	11
Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (Januar 2005): Sachstandsbericht ...	11
Vorveranstaltungen .....	12
Die Konferenz .....	12
Einladungen .....	12
Erklärung und sonstige Dokumentation.....	13
Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Sachstandsbericht im Anschluss an Resolution EUR/RC52/R8 aus dem Jahr 2002.....	13
Hintergrund .....	13
Herausforderungen.....	15



## Umsetzung der Länderstrategie 2000: Sachstandsbericht für den Zeitraum 2002–2003

1. Diese Zusammenfassung soll über die im Zeitraum 2002–2003 erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ berichten, die auf der 50. Tagung des Regionalkomitees gebilligt wurde. Dies wurde in Resolution EUR/RC53/R2 zu Fortschritten bei der Umsetzung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ gefordert.

2. Die wichtigsten Felder, auf denen Fortschritte erzielt wurden:

- **Bessere Koordinierung der Aktivitäten auf allen Ebenen der WHO.** Alle Bemühungen und Mittel des WHO-Regionalbüros für Europa (WHO/EURO) wurden daran gesetzt, eine Reihe greifbarer Resultate zu erzielen, die für die Bedürfnisse jedes Landes maßgeblich sind. Die Fachreferate und Programme des Regionalbüros haben alle zu einem gemeinsamen Arbeitsplan beigetragen, der die Umstände und das Aufnahmevermögen jeden Landes gebührend berücksichtigt. Die sorgsam ausgewählten nationalen Ansprechpartner in den Mitgliedstaaten, mit denen das Büro zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCAs) unterhält, werden erwartungsgemäß zu dem gemeinsamen Bemühen beitragen. Fortschritte wurden auch bei der Einbeziehung der gesamten WHO (Hauptbüro und andere Regionalbüros) in die Unterstützung der Länder entlang der gleichen organisatorischen und funktionellen Kanäle erreicht. Dies wirkt sich wesentlich auf die Arbeitsorganisation und auf die Leistungen für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region aus und ermöglicht eine genaue Rechenschaft der gemeinsam erzielten Ergebnisse. Der Dialog mit den Gesundheitsministerien wird zielgenauer und es wird ein stärkeres Gefühl der Teilhabe erreicht.
- **Verstärkte Länderpräsenz.** Im vergangenen Jahr hat das Regionalbüro die Umgestaltung und Stärkung seiner Länderpräsenz in den Mitgliedstaaten abgeschlossen, in denen es mithilfe von BCAs arbeitet. Dies bedeutete Schritte in Richtung einer einzigen Managementstruktur für alle Bediensteten des Regionalbüros in jedem Land. Wenn die Mittel es zuließen, wurde ein internationaler Leiter für das WHO-Länderbüro ernannt (Armenien, Republik Moldau, Türkei und Usbekistan). In anderen Fällen wurden die Länderreferenten mit der Durchführung dieser Aufgabe betraut und dazu durch eine insbesondere im Bereich Buchhaltung/Finanzen gestärkte Administration befähigt. Zur Erleichterung dieser Arbeit wurden ein flexiblerer funktioneller Rahmen und die erforderlichen Managementinstrumente erstellt. Im Ergebnis sind die WHO-Länderbüros heute besser dafür gerüstet, die jeweiligen Gesundheitsminister bei ihren Bemühungen zu unterstützen, nationale Gesundheitskonzeptionen, Gesundheitsdienste und Gesundheitsprogramme zu entwickeln. Diese Arbeit wird in den kommenden Jahren fortgesetzt.
- **Kompetentere Bedienstete für die Mitgliedstaaten.** Viel Arbeit wurde und wird in die fachliche Qualifizierung der WHO-Bediensteten in den Ländern durch formalisierte Schulungen investiert. Diese Initiative umfasst sowohl Fachreferenten als auch Mitarbeiter der Verwaltung in den WHO-Länderbüros und in anderen Teilen des Regionalbüros (Kopenhagen, Barcelona). Die Schulungen setzen sich aus einer Reihe zentraler Module zusammen, die regelmäßig auf den neuesten Stand gebracht werden. Ein fortlaufendes Schulungsprogramm soll sicherstellen, dass die Bediensteten über das Wissen, die Fähigkeiten und die Einstellungen verfügen, wie es die Zufriedenstellung der gegenwärtigen und künftigen Bedürfnisse der Mitgliedstaaten erfordert. Die Schulungen konzentrieren sich hauptsächlich auf die Gestaltung von Gesundheitspolitik und auf Themen aus dem Bereich Gesundheitsdienste, Management (einschließlich Finanz- und Personalmanagement) und Kommunikation. Diese Arbeit wird in den kommenden Jahren fortgesetzt.
- **Länderspezifische Strategien** In Übereinstimmung mit seiner Länderstrategie hat das Regionalbüro seine Arbeit weiter an die Bedürfnisse der Länder angepasst. Erstmals beruht die mittels BCAs

umgesetzte Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten in der Mitte und im Osten der Region auf länderspezifischen Strategien. Sie schließen die strategischen Prioritäten der nächsten vier bis sechs Jahre ein und sollen in den kommenden Jahren bei von der WHO unterstützten Maßnahmen in den einzelnen Ländern als Richtschnur gelten. In ihnen spiegelt sich der Erkenntnisstand und die Erörterungen mit den Gesundheitsministerien jedes Mitgliedstaats über die strategischen Prioritäten und Bedürfnisse wider. Jede Strategie soll alle zwei Jahre neu bewertet werden. Ähnliche Strategien werden für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region erarbeitet, einschließlich derer ohne WHO-Länderpräsenz.

- **Länderspezifische Arbeitspläne.** Jeder Mitgliedstaat, mit dem das Regionalbüro eine BCA unterhält, hat einen ausführlichen Plan zur Umsetzung der Länderstrategie im Haushaltszeitraum 2004–2005. Dazu gehören klare Zielsetzungen im Sinne von erwarteten Ergebnissen. Zu jedem erwarteten Ergebnis werden die in dem Land zu entwickelnden Aktivitäten samt Zeitplan detailliert dargelegt. Eine besonders wichtige Neuerung ist, dass Haushalt und Arbeitsplan des Regionalbüros für die Länder jetzt alle verfügbaren Finanzmittel (sowohl die aus dem ordentlichen Haushalt der WHO als auch die aus anderen Quellen) enthalten und diese mit den erwarteten Ergebnissen verknüpft sind. Alle Fachreferate des Regionalbüros arbeiten jetzt nach einer aufeinander abgestimmten Linie. Der Arbeitsplan wird alle sechs Monate oder aufgrund außergewöhnlicher Umstände aktualisiert. Die Arbeitspläne für die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten aus dem Westen der Europäischen Region werden der gleichen Linie folgen.
- **Relevanz der aufgegriffenen Themen für die Mitgliedstaaten.** Die Relevanz für die Mitgliedstaaten war bei der Vorbereitung der strategischen Tagesordnung für die Unterstützung durch die WHO in den kommenden Jahren das überragende Kriterium. Seit der Annahme der Länderstrategie sind die Aktivitäten in den 28 Ländern mit BCAs in der Mitte und im Osten der Region immer zielgenauer geworden. Die in den BCAs und Arbeitsplänen enthaltenen Themen und Dringlichkeiten wurden in einem sorgfältigen Auswahlverfahren gefunden durch: i) eine Fachanalyse der länderspezifischen Gesundheitsdaten durch Sachverständige des Regionalbüros und ii) die Erörterung der länderspezifischen Prioritäten und Präferenzen mit den nationalen Gesundheitsministerien. Dieses Vorgehen wurde wenn nötig durch zusätzliche Unterstützung des Regionalbüros für Ländergruppen in besonders wichtigen Prozessen ergänzt (z. B. der Beitritt von in schnellem Umbruch befindlichen Ländern zur Europäischen Union, die Initiative zur Reform des öffentlichen Gesundheitswesens der neuen unabhängigen Staaten (NUS) usw.). Auch mit Ländern im Westen der Region, mit denen das Regionalbüro keine BCAs unterhält, wurden durchgängig Aktivitäten entfaltet. In den Zukunftsforen für Länder ohne BCA (in der Mehrzahl Länder aus dem Westen der Region) wurden schwierige oder neue Gesundheitsthemen (z. B. Bioterrorismus, Ethik der Gesundheitssysteme, Entscheidungshilfen für Public Health) studiert und debattiert, die in den kommenden Jahren von strategischem Belang sein werden. Die Länder aus dem Westen der Region haben auch von anderen Programmen des Regionalbüros profitiert, insbesondere von solchen, die alle Mitgliedstaaten der Region einbeziehen (wie das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen), und von solchen, die mit der regionalen Perspektive globaler Berichte in Bereichen wie psychische Gesundheit und Gewalt verknüpft sind. Das Regionalbüro hat auch konkrete Bedürfnisse dieser Länder im Bereich Gesundheitspolitik aufgegriffen.
- **Verbesserte Partnerschaft.** Besondere Aufmerksamkeit galt der Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro für Europa und anderen internationalen und nationalen Organisationen in unterschiedlichen Ländern. Dazu zählen nicht nur die Organisationen und Gremien der Vereinten Nationen, sondern auch andere wichtige Akteure. Regelmäßigen Kontakt und themenbezogene Beratungen gibt es jetzt mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), der Weltbank, dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), der Europäischen Kommission, dem Europarat, Bürgergruppierungen usw. Es gibt Bemühungen, maßgeschneiderte Aktivitäten zur Länderunterstützung zunächst zu erörtern und dann umzusetzen (wobei die Länderstrategie und der Arbeitsplan der WHO als erster Beitrag angeboten werden). Mit allen Akteuren werden mögliche Synergieeffekte gesucht, manchmal werden

dabei gemeinsame Finanzierung und bestimmte Maßnahmen einbezogen. Dieses koordinierte Vorgehen wird von den über alle Schritte informierten Gesundheitsministerien sehr geschätzt.

- **Transparenteres und verantwortliches Management.** Abschließend ist festzustellen, dass die neuen Vorkehrungen ein transparentes Verhältnis und klare Verantwortlichkeiten zu den leitenden Gremien der WHO, den Mitgliedstaaten der Europäischen Region und den Partnern ermöglichen. Gemeinsam mit anderen Referaten des Regionalbüros sichert der Management-Helpdesk für Länderarbeit die dauerhafte Verbindung zum Betrieb in den Ländern und wird dabei durch modernste Kommunikationstechnik unterstützt; gerade in den vergangenen Monaten hat diese einen enormen Auftrieb erfahren. Die Länderarbeit wird jetzt regelmäßig ausgewertet und dabei werden eine Reihe eindeutiger Leistungsindikatoren angewendet. Ergebnisorientierte Evaluierungsdaten und anwendungsbezogene Finanzdaten werden zusammengestellt und Interessenten zur Verfügung gestellt. Die Länderberichte in Dokument EUR/RC54/Inf.Doc./2 enthalten die erzielten Ergebnisse und die Linien, an denen die Aktivitäten der Programme des Regionalbüros im Haushaltszeitraum 2002–2003 ausgerichtet wurden in einer zusammenfassenden Darstellung.

## **Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“: Sachstandsbericht**

3. Die Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA) (Resolution EUR/RC48/R5) begann Anfang 2003, das aktualisierte Konzept soll dem Regionalkomitee auf seiner 55. Tagung im Jahr 2005 vorgelegt werden. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) wurde regelmäßig in Fragen der Aktualisierung einbezogen. Der zehnte SCRC überwachte den Prozess und stimmte regelmäßig dem Vorgehen, der Methodik und dem Arbeitsplan zu, die vom Regionalbüro für die einzelnen Elemente der Aktualisierung angeregt wurden. Die Aktualisierung wurde auf der 53. Tagung des Regionalkomitees erörtert (Tagesordnungspunkt 6 c), EUR/RC53/8).

4. Seither ist die Aktualisierung des GFA stetig fortgeschritten in Übereinstimmung mit Konzeption, Etappenzielen und Zeitrahmen, die von SCRC und Regionalkomitee vereinbart wurden. Ein erster Entwurf der aktualisierten Fassung wird den Mitgliedstaaten zur Beratung und Erörterung vor Ende 2004 vorgelegt, damit genügend Zeit bleibt, ihre Beiträge in das endgültige Dokument einzubauen, das dem Regionalkomitee 2005 vorgelegt werden soll.

5. Die Aktualisierung baut auf drei Säulen auf.

- Säule eins: Die Lehren aus „Gesundheit für alle“
- Säule zwei: Die Werte von „Gesundheit für alle“
- Säule drei: Die Instrumente zur Verwirklichung der Werte von „Gesundheit für alle“.

6. Dieses Papier skizziert die seit September 2003 in Bezug auf die drei Säulen erzielten Fortschritte.

### **Säule eins: Die Lehren aus „Gesundheit für alle“**

7. Ein wesentliches Element der Aktualisierung ist die Analyse und das Verständnis davon, wie das GFA im Laufe der Jahre in den Ländern eingesetzt worden ist. Viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region wurden von der der GFA-Bewegung zugrunde liegenden Vision angeregt, als sie nationale Gesundheitspolitiken und -programme entwickelten, und das GFA ist oft im Zentrum der nationalen Zielsetzung und der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Dennoch gab es bislang keine systematische Analyse der tatsächlichen Wirkung von GFA in den Ländern. Das Wissen um die Brauchbarkeit und Anwendbarkeit und das Ausmaß und die Art der Anwendung ist uneinheitlich, außerdem hat sich kein systematisches Verständnis

herausgebildet, wie die GFA-Ziele in der Praxis durch die staatlichen Entscheidungsträger genutzt wurden. Um diese Wissenslücke zu schließen, umfasst die erste Säule der Aktualisierung daher zwei Untersuchungen, die beide vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Brüssel durchgeführt wurden.

***Untersuchung über die Annahme und den Gebrauch des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region***

8. Die Ziele dieser Untersuchung sind: grundlegende Informationen über die förmliche Annahme von GFA in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region zu liefern und ihre Wirkung auf die Politikgestaltung durch eine Reihe detaillierter Fallstudien zu illustrieren. Die Stichprobe der Länder spiegelt die große Diversität in der Region wider und das Studiendesign sieht vielfältige Methoden vor, u. a. Kartierung, Literatursuche, Fallstudien aus Ländern und Befragungen.

9. Die ersten vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass GFA einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheitspolitikgestaltung in der Europäischen Region hatte und noch hat, sowohl auf nationaler als auch auf teilnationaler Ebene.

- Von 52 Mitgliedstaaten haben 31 eine Gesundheitspolitik formuliert, in der sich GFA widerspiegelt, 10 Mitgliederstaaten haben Grundsatzdokumente erarbeitet.
- Die meisten dieser Dokumente beziehen sich ausdrücklich entweder auf GFA oder auf GFA für die Europäische Region (GESUNDHEIT21).
- Fast alle davon unterstützen die GFA-Werte ausdrücklich.
- Die Mitgliedstaaten haben das Interesse an der Formulierung von Gesundheitspolitik auf der Grundlage von GFA nicht verloren. Einige Mitgliedstaaten verfügen im Formulieren von GFA-Konzepten über eine lange Geschichte.
- Auf teilnationaler Ebene wurden in 24 Mitgliedstaaten GFA-Konzepte angetroffen.
- Die Mitgliedstaaten wenden unterschiedliche Mittel zur Formulierung ihrer GFA-Konzepte an, diese reichen von Berichten und Weißbüchern zu Kabinettsbeschlüssen und Gesetzen.
- GFA hat die Politikausformung der Sektoren auch dort beeinflusst, wo eine umfassende Gesundheitspolitik nie angenommen wurde.

10. Auf die Politikumsetzung hatte GFA weniger Auswirkungen. Die Literatursuche und die Länderberichte liefern Belege dafür, dass einige Elemente der GFA-Konzepte zur Umsetzung gelangen. Aber der Grad der Umsetzung variiert stark unter den Mitgliedstaaten in Bezug auf:

- die Verbreitung (lokale, regionale, nationale Programme),
- Intensität (Pilotversuch, Regelmaßnahme),
- gegenseitige Befruchtung verschiedener Programme und Projekte.

11. Oft wurde die nationale Gesundheitspolitikgestaltung direkt durch GFA beeinflusst. In Bezug auf die Umsetzung von Gesundheitspolitik wurde GFA jedoch oft vernachlässigt und war nur eine von mehreren Faktoren. Es ist aber anzumerken, dass die Übertragung oder das Durchdringen von Konzepten ein langwieriger, sich über Jahrzehnte erstreckender Prozess ist. In dieser Hinsicht hat GFA in vielen Mitgliedstaaten als wichtiger Anreiz für eine gesundheitspolitische Debatte und für die Umorientierung der Politik gedient.

### **Untersuchung der Anwendung von Zielen als Instrument der Politikgestalter in Mitgliedstaaten**

12. Dieses dreijährige Projekt bewertet Erfahrungen mit dem Aufstellen nationaler Gesundheitsziele anhand beispielhafter Praxis und der Auswirkung unterschiedlicher methodischer und politischer Strategien für unterschiedliche Arten von Ergebnissen wie Gerechtigkeit und Wirksamkeit. Methodisch stützt es sich auf einen Forschungsbericht, auf analytische Studien und sechs Länderfallstudien. Von dem gesammelten Wissen wird ein möglicher Nutzen für Politikgestalter erwartet, die ihre seit langem bestehenden Programme für bestimmte Gesundheitsziele verbessern möchten oder die mit der Formulierung von Zielen befasst sind. Hilfreich könnte es für die Grundsatzarbeit auch dort sein, wo bisher noch keine Gesundheitsziele aufgestellt wurden.

13. Das erste Ergebnis dieser Untersuchungen ist eine Online-Datenbank mit Gesundheitszielen. Die entsprechende Website enthält Faktenblätter zu Grundsatzdokumenten, die in 41 Ländern Gesundheitsziele vorgeben. Die Datenbank wird schrittweise auch um Ziele für einzelne Sektoren, regionale Ziele und Ziele in Mitgliedstaaten der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) außerhalb der Europäischen Region der WHO ausgeweitet. Die Fakten sind nach acht Kategorien geordnet:

- allgemeine Information,
- Status des Dokuments,
- Werteorientierung,
- allgemeine Informationen zu Zielen (Anzahl; quantifiziert, qualifiziert oder beides; Teilziele inbegriffen; Indikatoren vorgeschlagen usw.)
- vordringliche Bereiche, Themen, Ziele und Zielsetzungen,
- Liste der Bereiche, Intentionen, Themen, Ziele und Zielsetzungen
- Vorkehrungen im Dokument für die Umsetzung,
- WHO-Beteiligung bei Entwurf und Veröffentlichung des fraglichen Grundsatzdokuments.

### **Säule zwei: Die Werte von „Gesundheit für alle“**

14. Eine Sachverständigengruppe wurde dafür eingesetzt, die Leitwerte für Gesundheitsentwicklung als Teil der GFA-Bewegung zu überprüfen. Die Gruppe besteht aus Sachverständigen unterschiedlicher Bereiche: Akademiker, Entscheidungsträger, Public-Health-Experten aus elf Ländern sowie Vertreter des Europarates und des WHO-Hauptbüros. Bislang trat die Gruppe dreimal zusammen (im Mai 2003, im November 2003 und im April 2004). Die Fachleute diskutierten, welche der zentralen GFA-Werte für die heutigen Entscheidungsprozesse noch relevant sind und wie sie mit Gesundheitspolitik und Gesundheit der Öffentlichkeit verknüpft sind. Die Sachverständigengruppe:

- arbeitete an der Terminologie und der Deutung der Werte sowie ihren juristischen Aspekten,
- analysierte Ungereimtheiten und Kompromisse zulasten der Werte im Wettstreit mit anderen die Politik beeinflussenden Faktoren,
- skizzierten Beispiele der Praxisumsetzung in den Ländern,
- erzeugten einen Rahmen der Möglichkeiten, wie die von den Gesundheitswesen der Länder gestützten Wertesysteme eine ethische Gesundheitspolitik sichern können und
- gaben Anregungen, wie die Werte einsatzfähig, anwendbar und nützlich gemacht werden können.

15. Bei der GFA-Aktualisierung werden die Werte im Geist der Beständigkeit gegenüber den früheren GFA- und GESUNDHEIT21-Konzepten überprüft. Diese Vorgehensweise ist von einer gründlichen Analyse

der Relevanz und Anwendbarkeit der Werte begleitet. Um der Komplexität des Themas gerecht zu werden, sieht die Aktualisierung zwei mögliche Zugangswinkel zu den Werten vor:

### ***Die Menschenrechte als juristischer Rahmen***

16. Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht, das für die Wahrnehmung anderer Menschenrechte unverzichtbar ist. Durch die GFA-Aktualisierung werden die Werte und Wertevorstellungen von Gesundheitssystemen mit dem vorhandenen Rahmen aus internationalen Verträgen und Instrumenten verknüpft, da die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit sich über zahlreiche komplementäre Ansätze verfolgen lässt. Außerdem sind viele Menschenrechte, Normen, Standards und Prinzipien auf Gesundheitssysteme anwendbar und für die Gestaltung, Überwachung, Umsetzung und Auswertung von Gesundheitspolitik und -programmen höchst relevant.

17. Jeder Mitgliedstaat der Europäischen Region der WHO hat zumindest einen internationalen Vertrag unterzeichnet oder einem anderen Instrument zur Durchsetzung der Menschenrechte zugestimmt. Deshalb ist das Potenzial für die Übertragung dieser Verpflichtungen in den Gesundheitsbereich groß. Ein solcher Ansatz kann viel Kraft verleihen, da er die Gesundheitspolitik in den Bereich international gültiger Rechtsansprüche verlagert und somit die Gesundheitsministerien in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung stärkt. Zwei weitere Vorteile bietet der Ansatz bestehend aus Recht auf Gesundheit und Menschenrecht insgesamt: Nicht nur Patienten, sondern die gesamte Bevölkerung ist berührt und eine ganzheitliche, sektorübergreifende Vorgehensweise ist nicht nur leichter sondern direkt erforderlich, weil viele Aspekte unterschiedlicher Politikbereiche sich unmittelbar auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken.

### ***Der ethische Rahmen***

18. Wenn Werte nach ethischen Gesichtspunkten gedeutet werden, gibt es keine endgültigen, klaren Antworten auf die Frage ihrer Bedeutung, sie variieren sehr stark je nach Anwendungskontext. Durch die Aktualisierung kommt die schwierige Wahl auf den Tisch, vor der sich jedes Land angesichts des unsicheren Werteverständnisses befinden mag. Die Sachverständigengruppe prüfte eine reiche Auswahl von Quellen anhand der neuesten und besten Erkenntnisse über Werte und Wertvorstellungen von Gesundheitssystemen. Die Sachverständigen steuerten selbst reichlich Beispiele dafür bei, wie Werte in der politischen Wirklichkeit der Länder umgesetzt werden. Auf dieser Grundlage wurde von der Gruppe ein mögliches Schema für die Sichtweise und Deutung von Werten entwickelt. Es ist in keiner Weise vorschreibend, erschöpfend oder unangreifbar und es ist darauf angelegt, bei seiner Anwendung den nationalen Entscheidungsträgern viel Freiraum in ihrer Arbeit zu lassen.

19. Drei fundamentale Werte, die den größtmöglichen gesundheitlichen Zugewinn verwirklichen, werden immer noch als wesentlich für das Erreichen des Endziels jeder Gesundheitspolitik angesehen:

- **Chancengleichheit:** Im Zusammenhang der GFA-Aktualisierung ist hiermit die gleiche und echte Möglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen eines Landes gemeint, ihr eigenes Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.
- **Solidarität:** Dieser zentrale Wert wird im Zusammenhang mit der Verteilung von Ressourcen und Möglichkeiten gedeutet und als gemeinsame Verantwortung aller Mitglieder einer Gesellschaft gegenüber dieser zur gegenseitigen Unterstützung verstanden.
- **Bürgerbeteiligung:** Auf kollektiver oder individueller Ebene steht Bürgerbeteiligung für die direkte Einbeziehung aller Menschen in alle Verläufe und Tätigkeiten die Public Health ausmachen.

20. **Ethische, von Werten geleitete Führung** wird in der GFA-Aktualisierung als der Weg zur Verknüpfung von Werten mit Handlung gesehen. Das ethische Verhalten wird zusehends als integraler Bestandteil der Gesamtleistung von Gesundheitssystemen angesehen, d. h. die Anlehnung an Werte wird ein wichtiger

Bestandteil der Umsetzung von Gesundheitspolitik. Das Ausmaß ethischer Führung wird stark von Faktoren beeinflusst, die sowohl innerhalb als auch außerhalb von Public Health liegen. Deswegen kann die Fähigkeit zur Bewertung, ob und in welchem Umfang die in den Ländern getroffenen Entscheidungen und vollzogenen Handlungen in Übereinstimmung mit den zentralen Werten des Gesundheitswesens und der Gesellschaft insgesamt sind, von den Entscheidungsträgern als nützlich angesehen werden. Die Aktualisierung sieht vor, dass die Möglichkeit zum Infragestellen von Politiken, Programmen und Handlungen anhand eines ethischen Bezugsrahmens sehr wichtig und nützlich sein kann,

### **Säule drei: Die Instrumente zur Umsetzung der Werte von „Gesundheit für alle“**

21. Unter dieser Überschrift werden Werkzeuge vorgestellt, die die Gesundheitsministerien bei der Gestaltung ihrer Gesundheitspolitiken und -programme verwenden können. Der Bedarf nach einem solchen Werkzeugkasten entspringt aus dem Wunsch, Entscheidungsträger nicht nur mit Prinzipien und Werten auszurüsten, sondern auch mit wirksamen Mitteln zu deren Umsetzung. Solche Werkzeuge spiegeln die Wirklichkeit zu Beginn des 21. Jahrhunderts wieder, wo soziale, ökonomische, geografische und kulturelle Chancengleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsversorgung die Länder zusehends herausfordern. Außerdem sind solche Instrumente in Zeiten steigender Kosten für die Gesundheitsversorgung weithin anwendbar, wobei es aber keine Kompromisse zulasten einer gerechten Verteilung und der Qualität der Versorgung geben sollte. Darum ist die Unterstützung der Entscheidungsträger bei der Entwicklung einer gerechteren Gesundheitspolitik auf der Grundlage von gesicherten Erkenntnissen und einer fortwährenden Auswertung der Folgen der Gesundheitspolitik so wesentlich.

22. Daher konzentriert sich diese Säule auf die Werkzeuge zur Unterstützung einer Gesundheitspolitik, die:

- sich von den Werten der GFA inspirieren lässt, die von der internationalen Gemeinschaft im Allgemeinen geteilt werden: Chancengleichheit, Solidarität, Verantwortlichkeit des Einzelnen und der Gemeinschaft, gute Führung, Respektierung der Menschenrechte,
- die wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheit und Entwicklung berücksichtigt,
- auf ein gründliches Verständnis defizitärer Gesundheit und ihrer vielfachen Ursachen baut,
- ein umfassendes und sektorübergreifendes Verständnis von Gesundheit einschließt, das die Gesichtspunkte aller betroffenen Akteure, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors (Wirtschaft, Finanzen, Entwicklung, Sozialfürsorge, Ausbildung usw.), einbezieht,
- Maßnahmen und Eingriffe mit nachgewiesener Wirksamkeit anwendet, gleich ob diese aus der Gesundheitsversorgung oder aus einem anderen Sektor kommen,
- Entscheidungen auf einer rationalen statt intuitiven Grundlage zulässt und dabei mehr und bessere Daten und die neuesten und besten verfügbaren Erkenntnisse verwendet.
- die Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigt,
- ebenso eine Reihe von Möglichkeiten zur Bewertung von Programmen und Maßnahmen zulässt wie Qualitätssteigerung auf der Grundlage von Normen und Werten, die von allen Akteuren (Fachleuten, Stewards, Patienten und Verbrauchern) geteilt werden.

23. Die für diese Säule vorgeschlagenen Instrumente sind auf ihre Qualität und Relevanz hin analysiert worden. Als gute Instrumente gelten solche, für die gute Bewertungen vorliegen, die aufgrund nationaler und internationaler Erfahrungen einfach anzuwenden sind und die verfügbar und bezahlbar sind. Die Entscheidungsträger wählen selbst die Instrumente, die sie in ihrem nationalen Zusammenhang anwenden; diese Säule der Aktualisierung dient lediglich zur Betonung des Potenzials jedes Instruments und gleichzeitig der Verdeutlichung seiner Begrenzungen und der Komplexität seiner Anwendung. Als Teil des GFA-Rahmenkonzepts

sind diese Instrumente auch dafür berechnet, die Gesundheitsministerien in ihrer moralischen Führungsrolle zu unterstützen.

24. Die bislang für diese dritte Säule der Aktualisierung gewählten Instrumente sind nach ihrem Zweck in drei Kategorien unterteilt.

- **Bewahrung und Verbesserung des ethischen Rahmens:**
  - internationale Verträge, Pakte und sonstige durch die Länder ratifizierte Rechtsinstrumente,
  - Prioritätensetzung, z. B. die Strategie der Millenniums-Entwicklungsziele und ihr zentraler Vorrang für die Armutsbekämpfung,
  - Berücksichtigung der Bedürfnisse und Erwartungen von Bürgern.
- **Politik auf der Grundlage von Beobachtung, Wissen und Sachverstand:**
  - Beobachtung und Überwachung von Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten durch stetige Datenerhebung und -analyse,
  - Gesundheitsrisikenabschätzung, Gesundheitskrisenüberwachung und -warnsysteme,
  - Auswertung der Gesamtleistung der Gesundheitssysteme,
  - Auswertung der Qualität der Gesundheits-Settings und -Einheiten durch vernünftige Zertifizierungssysteme.
- **Bessere Entscheidungsfindung:**
  - Analyse des regionalen, nationalen oder lokalen Zusammenhangs,
  - Gesundheitsfolgenabschätzung (Auswertung der gesundheitlichen Konsequenzen gesellschaftlicher Entscheidungen),
  - vernünftiger Gebrauch wissenschaftlicher Erkenntnisse (evidenzbasierte Gesundheitspolitik).

25. Die GFA-Aktualisierung wird auf Grundlage der oben beschriebenen Arbeit an den drei Säulen entworfen. Ein weiteres Kapitel wird einige Leitlinien zur Umsetzung der aktualisierten GFA-Rahmenkonzepts enthalten. Ein erster Entwurf wird hoffentlich vor Ende 2004 zur Beratung mit den Mitgliedstaaten vorliegen und der endgültige Entwurf dem Regionalkomitee im Jahr 2005 auf seiner 55. Tagung vorgelegt werden.

## **Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 – Von der Erkenntnis zur Handlung: Sachstandsbericht**

26. Dieser Sachstandsbericht informiert das Regionalkomitee über die Maßnahmen aufgrund von Resolution EUR/RC51/R3, die den Regionaldirektor bat, das Regionalbüro bei der Entwicklung eines wissenschaftlichen Dienstes zu unterstützen, und alle drei Jahre einen Europäischen Gesundheitsbericht zu veröffentlichen, der mit dem *Weltgesundheitsbericht* in einem schlüssigen Zusammenhang steht.

27. Das Regionalbüro für Europa hat seine Gesundheitsinformations- und Evidenzfunktionen entsprechend der Resolution ausgerichtet. Dies schlägt sich in zwei wichtigen Entwicklungen nieder:

- i) allen Aktivitäten der Fachreferate liegt jetzt ein evidenzbasierter Ansatz zugrunde und
- ii) das Regionalbüro betreibt ein integriertes Datenbanksystem (z. B. die GFA-Datenbank und die Datenbank für Infektionskrankheiten, Tabak und Alkohol) und verwendet die von den Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen gesammelten Daten.

28. Damit die Bediensteten ihren Rat und ihre Empfehlungen auf die besten verfügbaren Informationen und Erkenntnisse gründen können, hat das Büro konkrete Grundsätze formuliert, Schulungen und Instrumente entwickelt und eine Reihe von Möglichkeiten für den Wissensaustausch geschaffen. Dabei wurde das Programm des Regionalbüros für Gesundheitsinformation und Evidenz vom Europäischen Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung (EACHR) und andere Sachverständigengruppen unterstützt. Als Ergebnis hat das Büro jetzt die folgende Arbeitsdefinition für Evidenz angenommen:

***„Erkenntnisse aus der Forschung und anderes Wissen, das als nützliche Grundlage für die Entscheidungsfindung im Bereich Public Health und Gesundheitsversorgung dienen kann.“***

29. Ein konkretes Beispiel für die Anwendung dieser neuen Definition ist das Health Evidence Network (HEN), ein praktischer Informationsdienst für Entscheidungsträger im Bereich Public Health und Gesundheitsversorgung.

30. Das Regionalbüro für Europa hat eine noch engere Zusammenarbeit mit dem Cluster für Evidenz und Information im WHO-Hauptbüro (EIP/HQ) entwickelt. Eine direkte Zusammenarbeit wurde auch mit dem Global-Burden-of-Disease-Projekt (globales Projekt zur Krankheitslast) etabliert, das zum ersten Mal für alle Länder in der Europäischen Region der WHO die Krankheitslast konkret geschätzt hat. Diese Schätzungen umfassen sowohl die Gesamtbevölkerung als auch nur auf Kinder bezogene Informationen. Diese neuen Informationen helfen den Entscheidungsträgern dabei, ihre Dringlichkeiten festzulegen und wirksame Handlungspläne zu entwerfen.

31. Die oben beschriebenen Entwicklungen und die gestärkten grundlegenden Informationsleistungen haben auch wesentlich zur Vorbereitung des *Europäischen Gesundheitsberichts 2005* beigetragen.

### **Der Europäische Gesundheitsbericht 2005**

32. Die Vorbereitungen für den nächsten Europäischen Gesundheitsbericht, der im Mai 2005 veröffentlicht werden soll, begannen im Jahr 2003. Der Bericht besteht aus drei Teilen.

33. **Teil 1** gibt einen Lageüberblick im Bereich Public Health. In ihm werden vergangene und gegenwärtige Entwicklungen in der Region, führende Ursachen defizitärer Gesundheit und die Hauptrisikofaktoren kurz beschrieben. Die Auswirkungen von Gesundheit auf sozioökonomische Determinanten wird betont. Der Bericht unterstreicht die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Entwicklung dadurch, dass er den Entwicklungsindex der Menschheit von UNDP (HDI) verwendet. Dieses innovative Vorgehen ist eine Reaktion auf die Umstände in einer Region, wo historische Unterschiede zwischen Ost und West in Bezug auf Gesundheitserwartung heute als Entwicklungslücke sichtbar werden. Der Gesundheitsbericht 2005 regt dazu an, die Lage eher als Leiter denn als Trennwand der Entwicklung zu betrachten. Seine Botschaft lautet, dass jedes Land sich beständig anpassen und reformieren muss. Die Mitgliedstaaten stehen alle vor den gleichen Problemen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Verteilungsungerechtigkeiten zwischen Sozial- und Wirtschaftsgruppen in Bezug auf den Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensweisen und das Streben nach Kostenwirksamkeit der Maßnahmen sind universelle Überlegungen, ebenso wie die Notwendigkeit neue Erkenntnisse in aktives Handeln umzusetzen.

34. Anhand der HDI-Werte in der Region werden fünf Gruppierungen von ungefähr gleicher Größe definiert, die jeweils ca. 20% der 52 Länder umfassen. Jede dieser fünf Gruppen ist prinzipiell homogener als die in früheren Ausgaben des *Europäischen Gesundheitsberichts* geopolitisch festgelegten Ländergruppierungen.

35. Der Gesundheitsbericht 2005 konzentriert sich besonders auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Trends bei den Gesundheitsergebnissen, die sich auf wirksame Prävention zurückführen lassen, zeigen, dass der Durchschnitt der Ländergruppierungen sich während der 1990er bei einigen Indikatoren, jedoch nicht allen, verbessert hat. Es gibt auch Beispiele für Stagnation oder Verlangsamung des Fortschritts. Zwei klare Schlüsse lassen sich ziehen:

- i) es gibt erheblichen Spielraum für Gesundheitsverbesserungen in allen Ländern durch eine wirksamere Nutzung von Erkenntnissen und die Anwendung des vorhandenen Wissens und
- ii) kein Land liegt auf allen Feldern in Führung oder zurück. Jedes Land steht im Bereich Gesundheit Herausforderungen gegenüber, bei denen es selbst aus international bewährter Praxis Lehren ziehen oder anderen als Beispiel dienen kann.

36. Die Analyse des Gesundheitszustands ist Ausgangspunkt für einen Vergleich der Stärken und Schwächen im Bereich Public Health in der Region, wobei der Erfahrungsaustausch und die internationale Bündelung von Wissen und Ressourcen das Ziel sind. Umfassende auf die konkreten Umstände und Bedürfnisse einzelner Mitgliedstaaten zugeschnittene Public-Health-Programme sind erforderlich, um die wachsenden Gesundheitsprobleme der modernen Welt zu meistern. Der *Europäische Gesundheitsbericht 2005* markiert die wichtigsten als wirkungsvoll bekannten Gesundheitsmaßnahmen.

37. Der Bericht greift die Frage auf, welche Kapazität und Infrastruktur des Gesundheitswesens für eine wirksame Leistungserbringung erforderlich sind. Die Kernfragen, die die Gesundheitsbehörden stellen müssen, werden hervorgehoben, um den Politikgestaltern dabei zu helfen, die für ihre eigenen Bevölkerungen geeignetsten Lösungen zu erkennen. Der Ton ist konstruktiv, nicht präskriptiv.

38. **Teil 2** befasst sich näher mit der Altersgruppe 0-18 Jahre. Die Betonung liegt auf der Gesundheit und Entwicklung von Kindern, nicht auf ihrem nackten Überleben. Neugeborene, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche werden erfasst. Vorboten der Morbidität und Mortalität wie relative Armut und vernachlässigte Erziehung werden angesprochen und die Notwendigkeit umfassenden, sektorübergreifenden Handelns, das auf die Wurzeln des Übels defizitärer Gesundheit zielt, wird unterstrichen.

39. Kinder sind unsere Investition in die Zukunft, daher diese Konzentration auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Junge Menschen sind zudem wichtig für eine Reihe von Initiativen des Regionalbüros wie die europäische Strategie für die Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit im Juni 2004 und die für Januar 2005 geplante Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit.

40. Die Betonung dieser Altersgruppe unterstreicht auch den Übergang zu einer stärker am Kind orientierten Bereitstellung von Informationen, die vorhandene Datensammlungen und Informationsprozesse auf die Erzeugung eines ganzheitlicheren Bildes der kindlichen Gesundheit umstellt. Gegenwärtig ist das Informationsangebot relativ zersplittert und auf verschiedene Einrichtungen in vielen Ländern verstreut. Wirksames Handeln wird dadurch behindert.

41. Obwohl anfangs und Mitte der 1990er Jahre einige zeitweilige Verschlechterungen in östlichen Gegenden der Europäischen Region der WHO auftraten, zeigen die wichtigsten Indikatoren, dass sich die Gesundheit der Kinder generell verbessert hat. Dennoch gibt es noch immer in jedem Mitgliedstaat erheblichen Raum für Verbesserungen .

42. **Teil 3** schließt den Bericht mit einer Analyse des Public-Health-Systems und der Erfordernisse für ein wirkungsvolles Gesundheitswesen im kommenden Jahrzehnt ab. Gesundheitsinformationen, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und die Überwachung und Evaluierung der Programmumsetzung werden hier aufgegriffen. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und Gesundheitstechnologie werden behandelt. Die Notwendigkeit

für eine erweiterte Stewardship-Funktion von Public Health in verschiedenen Sektoren wird geprüft und die Wichtigkeit einer verstärkten Rechenschaftspflicht betont.

## **Der Verlauf**

43. 2003 wurde eine Redaktionsgruppe etabliert. Die Redaktion dirigiert und prüft die Entwicklung des Berichts einschließlich seiner Struktur und zentralen Botschaften.

44. Das Regionalbüro hat in einer Sonderaktion Daten eingeholt, um die Entwicklung hin zu einer stärkeren Ausrichtung an Kindern zu unterstützen. Dabei wurden Daten aus über die Länder der Region verstreuten Quellen berücksichtigt, um eine stärker integrierte und umfassendere Datenbank zu erhalten. Alle Mitgliedstaaten wurden darum gebeten, Ansprechpartner zu benennen und Daten in einem Standardformat zu erheben. Gegenwärtig arbeiten 42 Mitgliedstaaten zusammen mit dem Regionalbüro an diesem Projekt und bis März 2004 hatten 25 Länder die erforderlichen Daten beigesteuert. Der *Europäische Gesundheitsbericht 2005* wird diese dazu nutzen, acht bis zehn Indikatoren darzustellen. Alle Ergebnisse werden auch gesondert auf der Website von WHO/EURO verfügbar gemacht.

45. Die Arbeit an dem Bericht ist bis heute ein wechselseitiger Prozess, in den alle Abteilungen und einschlägigen Referate des Regionalbüros einbezogen sind. Außerdem hat das EIP/HQ-Cluster altersspezifische Schätzungen der Krankheitslast für jeden Mitgliedstaat der Europäischen Region der WHO beigesteuert.

46. Der Berichtsentwurf wird nur auf Englisch und unredigiert beim RC54 verfügbar sein. Im Anschluss an das Regionalkomitee wird der Entwurf überprüft und später im Jahr einer Sachverständigentagung zur Begutachtung vorgelegt.

## **Schlussfolgerung**

47. Ein neuer Typ von europäischem Gesundheitsbericht wird entwickelt der:
- als Reaktion auf eine Resolution des Regionalkomitees geschrieben wird,
  - Themen aufgreift, die in allen Ländern politische Aufmerksamkeit erfordern
  - förmliche Wechselbeziehungen mit den Ländern zur Bestätigung der Informationen einschließt und
  - versucht, Synergieeffekte innerhalb der Organisation und mit anderen internationalen Organisationen zu maximieren.

## **Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (Januar 2005): Sachstandsbericht**

48. Die Vorbereitungen für diese Veranstaltung begannen im Jahr 2002. Das Regionalbüro:
- führt Vorveranstaltungen durch,
  - legt letzte Hand an die Hauptveranstaltung und das Programm,
  - bereitet Hintergrunddokumente, Konferenzklärung und andere Dokumente vor,
  - plant die Versendung der Einladungsschreiben an die Regierungen für die Zeit nach dem Regionalkomitee im September 2004.

## Vorveranstaltungen

49. Bei den Vorveranstaltungen handelt es sich um Sachverständigentagungen, die evidenzbasierte Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu den Themen abgeben, die auf der Konferenz aufgegriffen werden. Die Vorveranstaltungen werden von Sachverständigen besucht, die von den nationalen Ansprechpartnern benannt wurden, sowie von den Mitgliedern einschlägiger Arbeitsgruppen. Insgesamt wird es sieben Vorveranstaltungen geben:

<b>Zeit</b>	<b>Ort</b>	<b>Thema</b>	<b>Veranstalter</b>
5.–7. Februar 2003	Kopenhagen	Menschenrechte, Stigma und Ausschluss	Europarat, WHO
27.–29. März 2003	Athen	Stigma-Konzepte	Europäische Union (EU), griechische Regierung, WHO
11.–12. März 2004	Brüssel	Suizidprävention	Belgische Regierung, WHO
3.–5. Juni 2004	Moskau	Gesellschaftlich bedingter Stress	WHO, russische Regierung
30. Juni 2004	Paris	Monitoring und Vergleich von psychischer Gesundheit	EU, französische Regierung, WHO
20.–21. September 2004	Luxemburg	Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	EU, luxemburgische Regierung, WHO
4.–5. Oktober 2004	Tallinn	Arbeitsleben und psychische Gesundheit	WHO, estische Regierung

## Die Konferenz

50. Die Vorbereitung in Bezug auf Tagungsräumlichkeiten, Unterbringung und praktische Dinge ist abgeschlossen und das Abkommen mit dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit unterzeichnet.

51. Der Lenkungsausschuss der Konferenz ist seit 2002 siebenmal zusammengetreten. Die wichtigsten Bereiche des Konferenzprogramms sind fertiggestellt und Redner für das Plenum bestellt. Fast alle haben bereits zugesagt. Die Vorsitzenden der Arbeitsgruppen und andere Sachverständige sind als Redner für parallele Sitzungen angefragt worden, die Vorbereitung dieser Sitzungen nähert sich schrittweise ihrer Vollendung.

52. Besondere Aufmerksamkeit galt der Einbeziehung nichtstaatlicher Organisationen (NGOs), etwa solcher, die Verbraucher- und Familieninteressen repräsentieren. Es wurde angeregt, einen Verbrauchervertreter am ersten Tag der Tagung sprechen zu lassen. Ein weiterer Verbrauchervertreter wird im Plenum zu psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sprechen. Außerdem werden NGO-Beiträge in verschiedene parallele Sitzungen einbezogen werden. Die finnische Regierung plant ein Treffen mit Vertretern von NGOs aus anderen Ländern der Europäischen Region und des Gastlandes am Vortag der Konferenz (Dienstag).

53. Die Minister werden voraussichtlich spätestens am Freitag eintreffen, um an einer Podiumsdiskussion teilzunehmen und eine Erklärung anzunehmen und zu unterzeichnen. Am Freitagabend findet für die Minister ein Galadiner statt. Einige Minister und offizielle Vertreter werden hoffentlich bis zum Samstagmorgen bleiben, um an der Sitzung über die Umsetzung der Konferenzergebnisse teilzunehmen.

## Einladungen

54. Die erste Ankündigung ging im letzten Jahr heraus, die zweite wird in den kommenden zwei Wochen verschickt und die Bedeutung der Tagung noch einmal betonen.

55. Offizielle Einladungen an die Regierungen werden nach dem Regionalkomitee im September nach den WHO-Gepflogenheiten verschickt: In dem Einladungsschreiben an die Gesundheitsminister wird das Sekretariat empfehlen, dass ein Bürgervertreter in die Delegation jedes Mitgliedstaates aufgenommen wird.

56. NGOs aus der ganzen Europäischen Region werden registriert und Einladungen für ca. 20 NGO-Vertreter ins Auge gefasst.

### **Erklärung und sonstige Dokumentation**

57. Die Minister werden gebeten werden, am Freitagnachmittag die Erklärung anzunehmen und zu unterschreiben. Wir bereiten eine kurze und prägnante Erklärung vor, die sich auf frühere Resolutionen bezieht, den Fortschritt beschreibt, Probleme anspricht und Erwartungen an einen Aktionsplan von Mitgliedstaaten, Bürgergruppierungen und Regionaldirektor stellt. Zu den einzubeziehenden Themen zählen:

- Menschenrechte
- Gleichwertigkeit psychischer Versorgung
- Stigma und Diskriminierung (Wohnen, Leistungen, Beschäftigung, Gesetzgebung)
- Prävention von Stress, Suizid und Drogenmissbrauch und Ausmaß desselben
- Verfügbarkeit von Informationen
- Zugang zu Versorgung unter weniger restriktiven Umständen (Primärversorgung, gemeindenaher Versorgung, Heime)
- Erkenntnisgestützte Eingriffe
- Management-Wandel und Forschungskapazität.

58. Damit eine politische Einigung über die Erklärung erzielt wird, ist eine Vorveranstaltung geplant, an der offizielle Vertreter der Mitgliedstaaten teilnehmen, um die Erklärung und den Aktionsplan im Einzelnen zu erörtern.

59. Der Zeitplan:

- erster interner Entwurf: Ende Juni 2004:
- Versendung an die Übersetzer: 1. August 2004
- Versendung an die Regierungen: Ende August 2004
- Veranstaltung im Vorfeld: Ende Oktober 2004

60. Ein Hintergrunddokument, dessen Redaktion bei Dr. Itzhak Levav liegt, wird im September zur Verfügung stehen. Das Dokument wird die Verschiedenheit und den sozialen Zusammenhang von psychischer Gesundheit in Europa erläutern und Hintergrundinformationen zu den Themen der Konferenz geben. Es wird allen Delegierten zugesendet.

## **Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Sachstandsbericht im Anschluss an Resolution EUR/RC52/R8 aus dem Jahr 2002**

### **Hintergrund**

61. Auf seiner 52. Tagung erkannte das Regionalkomitee an, dass Tuberkulose (Tb) in vielen Ländern in der Mitte und im Osten der Region und in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) außer Kontrolle geraten war. Es erkannte ferner an, dass die Raten der multiazneimittelresistenten Tb in den überwachten Ländern der Europäischen Region die weltweit höchsten sind, für die Mehrzahl der NUS-Länder aber unbekannt sind. Außerdem nahm die 52. Tagung eine Resolution zur „Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der

Europäischen Region der WHO“ an, die auch die Billigung des „DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006“ beinhaltet. Der Plan strebt die rasche Beschleunigung der Ausweitung der direkt überwachten Kurzzeittherapie (DOTS) an, um bis 2005 die globalen von der Weltgesundheitsversammlung gesteckten Ziele zu erreichen (70% aller geschätzten Tb-Infektionen aufdecken und 85% hiervon erfolgreich behandeln).

62. Die Tb-Situation in der Region ist nach wie vor sehr ernst. Infolge des jüngsten Berichts der WHO gab es 2002 beinahe 374 000 neue Fälle in der Region, das ist die höchste Zahl seit zwei Jahrzehnten (231 608 im Jahr 1991, 368 136 im Jahr 2001). Die meisten Fälle treten in den NUS und in Rumänien auf. Die gestiegene Einwanderung aus Ländern mit einer hohen Tb-Prävalenz hat jedoch dazu geführt, dass eingeschleppte Fälle im Westen der Region die einheimischen an Zahl übertreffen. Ernste Hindernisse für eine wirksame Tb-Bekämpfung sind die hohe Raten der multiazneimittelresistenten Tb, die noch erforderliche umfassende Reform des Gesundheitssektors mit enger Einbeziehung der Primärversorgung in die Tb-Bekämpfung, der rasante Anstieg der HIV-bezogenen Tb und das noch begrenzte Engagement für die DOTS-Strategie.

63. Die DOTS-Erweiterung ist vordringlich für die Tb-Bekämpfung in der Region. 41 der 52 Länder wenden jetzt die DOTS-Strategie an (zum Vergleich: 2001 waren es 34 Länder). Von diesen 41 Ländern haben 24 DOTS landesweit als Tb-Bekämpfungsstrategie umgesetzt. Außerdem haben zwei Länder (Kroatien und Weißrussland) angekündigt, dass sie mit der Umsetzung von DOTS beginnen wollen. Im Durchschnitt sind 40% der Bevölkerung in der Region gegenwärtig durch Leistungen aufgrund der DOTS-Strategie versorgt (17% im Jahr 2001). 15 Länder haben einen Plan zur DOTS-Erweiterung über fünf Jahre entwickelt und 24 Länder verfügen jetzt über einen nationalen Koordinierungsmechanismus. Die Stärkung des Organisationsübergreifenden Koordinationsausschuss und der hochrangigen Arbeitsgruppe für Tb haben im Verein mit der Annahme eines Erlasses (Prikas Nr. 109) positiv zur Tb-Bekämpfung in der Russischen Föderation beigetragen.

64. Eine Stärkung der Leistungsfähigkeit der Labors hinsichtlich der Aufdeckung von Tb-Fällen ist für das Erreichen der globalen Ziele entscheidend. Es ist bereits eine Zusammenarbeit mit Partnern eingeleitet worden, um den Mitgliedstaaten auf diesem wichtigen Feld mehr fachlichen Beistand leisten zu können.

65. Um die ununterbrochene Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln für alle Arten der Tb sicherzustellen, haben 10 von 19 berechtigten Ländern der Region die Globale Initiative zur Versorgung mit Tb-Arzneimitteln um Unterstützung gebeten, in neun Fällen ist diese genehmigt worden. Außerdem haben 13 Länder auch beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) um Hilfe im Bereich Tb gebeten, sechs Anträge sind genehmigt worden. Fachliche Unterstützung bei der Vorbereitung der Anträge an GFATM erfolgte mit Beihilfen der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und der Canadian International Development Agency (CIDA).

66. Als Reaktion auf die Epidemie der multiazneimittelresistenten Tb in der Region wurde in fünf Ländern eine Überwachung derselben eingeführt: Israel, Litauen, Polen, Russische Föderation (Orel-Bezirk), Turkmenistan (Aralsee-Zone) und Usbekistan (Karakalpakstan). Dies erfolgte zusätzlich zu den bereits bestehenden Projekten in Estland, Lettland und im Tomsk-Bezirk der Russischen Föderation. DOTS-Plus-Pilotprojekte in Estland und Lettland und drei Bezirken der Russischen Föderation wurden verstärkt und neue im Ivanovo-Distrikt in der Russischen Föderation und in Karakalpakstan in Usbekistan in Zusammenarbeit mit dem sogenannten „Green Light Committee“ eingeführt.

67. Viele Länder der Region haben ihre nationalen Kapazitäten im Bereich Überzeugungsarbeit, soziale Mobilisierung und Programm-Management erhöht und auch ihre Kapazitäten der regionalen und nationalen Tb-Überwachung erhöht. Alle 52 Mitgliedstaaten liefern jährliche Tb-Überwachungsberichte an die WHO und das WHO-Kooperationszentrum für Tb-Überwachung in Europa (EuroTB). Die Genauigkeit und Rechtzeitigkeit der Berichte waren in 80% der Länder hervorragend.

68. Eine Reihe von Faktoren haben zum Erreichen dieser Ergebnisse beigetragen. Dazu gehören: die Stärkung der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, insbesondere mit den Gesundheitsministerien und den nationalen Tb-Bekämpfungsprogrammen; die Stärkung der Partnerschaft und der Koordinierung durch die Errichtung des Sachverständigenbeirats für die Europäische Region der WHO und des Regionalen Organisationsübergreifenden Ausschusses für Tb und ihre regelmäßig stattfindenden Jahrestreffen. Neulich wurde auch eine regionale Stopp-Tb-Partnerschaft etabliert. Seit 2003 wurde die Zusammenarbeit mit der United States Agency for International Development (USAID), der GTZ, der deutschen Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), den Zentren für Krankheitsbekämpfung und -prävention (CDC), der Weltbank, der Königlich Niederländischen Tb-Stiftung (KNCV), dem Project Hope und mit den Regierungen Frankreichs, Österreichs und Schwedens sowie mit anderen Partnern gestärkt. Außerdem hat die Etablierung und Stärkung des Tb-Programms des Regionalbüros und der teilregionalen WHO-Tb-Büros in der Russischen Föderation, Zentralasien, der Ukraine, dem Balkan und dem Kaukasus wesentlich zur Tb-Bekämpfung in der Region beigetragen.

### **Herausforderungen**

69. Obwohl es deutliche Fortschritte bei der Tb-Bekämpfung in der Region gegeben hat, muss die Geschwindigkeit einer wirksamen DOTS-Erweiterung schnell erhöht werden (und gegen die multiarzneimittelresistente Tb und die HIV-bezogene Tb vorgegangen werden), um allen Menschen mit Tb den Nutzen zu bringen und die globalen Ziele für 2005 zu erreichen. Die jüngsten Zahlen aus der Region für Aufdeckung und Behandlungserfolg bei Tb sind 40% bzw. 78%. Der gegenwärtige Trend deutet darauf, dass das globale Ziel für die Heilungsrate bis 2005 in den meisten Ländern der Region erreicht werden kann, jedoch nicht das Ziel für die Aufdeckung. Eine qualitative DOTS-Erweiterung ist für die Regierungen vordringlich, um die volle geografische Abdeckung im Sinne der Millenniums-Entwicklungsziele für Tb erreichen zu können (Sterblichkeit bis 2015 halbieren und Tb-Inzidenz umkehren). Die Umsetzung von Tb-Bekämpfung und -Prävention ist in einigen Ländern noch nicht gefestigt. Die wichtigsten Engpässe beziehen sich z. B. auf ein ungeeignetes Tb-Überwachungssystem, Schwächen im Laborbereich bei der Aufdeckung von Tb-Fällen, fehlende Einbeziehung des Strafvollzugs, der Armee oder der Gesundheitsdienste ebenso wie des Privatsektors, fehlender Einbezug des Umfelds, unzureichende Information, Aufklärung und Kommunikation, hohe Ausgangswerte und Sterblichkeit unter Tb-Patienten und der hohe Anteil der multiarzneimittelresistenten Tb. Fehlende Finanzierung und Aktionspläne für Tb-Bekämpfung ebenso wie das Fehlen von Koordination in einigen Ländern sind entscheidende Hindernisse für die erhofften Ergebnisse.

70. Außerdem ist in einigen Ländern der Region ein stärkeres politisches Engagement für die Umsetzung der DOTS erforderlich, um im gewünschten Tempo voranzukommen. Der erklärte politische Wille einiger Länder der Region hat sich noch nicht in die Bereitstellung von Mitteln und Handlung umgesetzt. Wir rufen alle Mitgliedstaaten dazu auf, ihre nationalen Ausgaben für rationale Strategien zur Bewältigung der Tb und die sie begleitenden sozialen Umstände zu erhöhen. Die in Frage kommenden Länder sollten beim GFATM Unterstützung sowohl für ihre HIV/Aids- als auch ihre Tb-Aktivitäten beantragen. Die WHO und ihre Partner sollten eine wichtige Stelle für Fachbeistand und Koordinierung sein. Die Nachhaltigkeit der Tb-Bekämpfung hängt zum großen Teil von der Arbeit mit neuen Partnern und von der Mobilisierung neuer Partner ab, da sich die Bemühungen und Mittel so maximieren und optimieren lassen.