



**EUROPA**

**Zehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees für Europa  
Dritte Tagung**

**Kopenhagen, 9.–11. April 2003**

---

EUR/RC52/SC(3)/REP  
18. Mai 2003  
31242  
ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT ÜBER DIE DRITTE TAGUNG**



## Inhalt

Seite

Eröffnung der Tagung .....	1
Annahme des Berichts über die zweite Tagung .....	1
Abschließende Besprechung der vorläufigen Tagesordnung des RC53.....	1
Angelegenheiten, die sich aus der Aussprache beim EB 111 ergeben.....	1
Stand des Programmhaushaltsentwurfs für 2004–2005 .....	2
Durchsicht der für das RC53 entworfenen Arbeitsdokumente.....	2
Psychische Gesundheit.....	2
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa.....	3
Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA).....	3
Die Länderstrategie des Regionalbüros .....	5
Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit den Außenstellen, einschließlich der WHO-Länderbüros .....	6
Bericht des SCRC-Unterausschusses zur Evaluation der gegenwärtigen Regelung betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat.....	7
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO.....	8
Nachbereitung der externen Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung .....	8
Ämter für das RC53 und regionale Kandidaten für Wahlämter der WHA56 .....	9
Grußadresse eines Vertreters der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa .....	9
Sonstige Angelegenheiten .....	10
Folgen für den Haushalt durch die Überführung Zyperns aus der Östlichen Mittelmeerregion in die Europäische Region der WHO.....	10
Schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS).....	10
Ansprechpartner und Kontakte .....	10



## Eröffnung der Tagung

1. Der Zehnte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) hielt vom 9. bis 11. April 2003 im WHO-Regionalbüro für Europa seine dritte Tagung ab. Der Vorsitzende teilte mit, dass Tadschikistan einen neuen Vertreter ernannt habe. Er dankte dem stellvertretenden Vorsitzenden dafür, dass er für ihn im Januar 2003 die Zusammenkunft der Exekutivratmitglieder aus der Europäischen Region geleitet habe.
2. Der Regionaldirektor merkte an, dass das Regionalbüro für Europa (EURO) seit der vorangegangenen Tagung des SCRC aktiv für die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten gearbeitet habe. Dies gelte insbesondere im Zusammenhang mit dem fortdauernden Krieg im Irak und der Epidemie der neuen Krankheit „schweres akutes respiratorisches Syndrom“ (SARS). Ein ständiger Informationsaustausch mit den Mitgliedstaaten und mit dem WHO-Hauptbüro habe hierzu stattgefunden. Das Konzept der „einen Organisation“ habe sich im Ernstfall eindeutig bewährt. Der kommende Generaldirektor habe ihm gegenüber bei einer Begegnung seine Absicht bekräftigt, Mittel von der globalen Ebene auf die Ebenen der Regionen und Länder zu überführen.
3. Das Motto des Weltgesundheitstages 2003 (7. April) sei „Gesunde Umwelt für Kinder“ gewesen. Dieses Thema werde auch vom Regionalkomitee für Europa auf seiner 53. Tagung (RC53) im September erörtert und bilde den Schwerpunkt der Vierten ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004). Andere Konferenzen würden vorbereitet zu den Themen psychische Gesundheit (2005) und Ernährung und Lebensmittelsicherheit (2006).
4. Der SCRC bat das Sekretariat darum, im weiteren Verlauf der Tagung ausführlich über SARS zu informieren.

## Annahme des Berichts über die zweite Tagung

5. Der Berichtsentwurf über die zweite Tagung wurde ohne Änderungen angenommen.

## Abschließende Besprechung der vorläufigen Tagesordnung des RC53

6. Der SCRC billigte die vorläufige Tagesordnung des RC53 mit der Anmerkung, dass es dem Sekretariat obliege, Form und Inhalt des Fach-Briefings mit dem Gastgeberland zu vereinbaren.

## Angelegenheiten, die sich aus der Aussprache beim EB 111 ergeben

7. Professor Vilius Grabauskas, Mitglied des Exekutivrats für die Europäische Region, berichtete von der 111. Tagung des EB. Politisch sei die Nominierung des neuen Generaldirektors das wichtigste Thema gewesen. Komplizierte fachliche und administrative Themen (wie der Programmhaushaltsentwurf für 2004–2005) seien schnell und reibungslos abgewickelt worden.
8. Das für den SCRC erstmals in tabellarischer Form angefertigte Papier gebe die Referenznummern der Hintergrunddokumente jeder Resolution an, liste die Zusammenfassungen der damit befassten Tagungen auf und enthalte Hinweise zu den Inhalten. Es wurde angeregt, beim RC53 ein ähnliches Format für die Vorstellung der Resolutionen und Beschlüsse der Weltgesundheitsversammlung zu verwenden (eventuell erweitert um eine Spalte für die durch EURO getroffenen Maßnahmen).
9. Der SCRC stimmte dieser Anregung zu und empfahl zwei weitere Spalten anzufügen, in denen die Maßnahmen der Mitgliedstaaten und des Sekretariats dargestellt werden könnten. Außerdem könne es hilfreich sein, die Erörterung beim RC53 in Form einer Fragestunde durchzuführen.

## Stand des Programmhaushaltentwurfs für 2004–2005

10. In der Zeit nach dem RC52 habe die Generaldirektorin einen Programmhaushaltentwurf vorgelegt, der einen nominellen Anstieg der ordentlichen Haushaltszuweisungen für wesentliche Maßnahmen um 3% vorsehe. Dies sei einem Anstieg der Lohnkosten um 1% und einer Inflationsrate von 2% zuzuschreiben. Außerdem werde das Büro des Sondervertreters der Generaldirektorin in Moskau teilweise aus globalen Mitteln finanziert. Weitere positive Veränderungen seien u. a. die Einigung auf die Notwendigkeit von Transparenz bei der Verteilung der außerplanmäßigen Mittel für 2004–2005 und eine genauere Aufschlüsselung des globalen Haushalts, die künftig die dem Hauptbüro zugewiesenen Mittel einschließe.

11. Auf der anderen Seite hätten sich die während des RC52 gehegten Erwartungen der Europäischen Region auf einen Teil der 5 Millionen US-\$ nicht gebundener Mittel nicht erfüllt. Vielleicht noch wichtiger sei jedoch der starke Druck der vier „zahlenden“ Regionen, den durch Resolution WHA51.31 beschlossenen interregionalen Mitteltransfer auszusetzen.

12. Der SCRC betonte, dass 3% kein wirkliches Haushaltswachstum bedeuteten, sondern angesichts von Inflation und Kostenentwicklung lediglich den gegenwärtigen Stand bewahrten. Er bestand auf einer gründlichen Auswertung der Umsetzung von Resolution WHA51.31, bevor irgendeine Entscheidung über ihre Fortführung gefasst werde. Ein kurz gefasstes Papier müsse hierzu beim RC53 erörtert werden, bevor das Thema während der Weltgesundheitsversammlung 2004 aufgegriffen werde. Schließlich äußerte sich der SCRC angesichts des Beschlusses besorgt, keine ungebundenen Mittel in die Europäische Region zu leiten, und rief nach der Schaffung klarer Kriterien für die Verteilung freiwilliger Beiträge, aus denen sich gegenwärtig zwei Drittel des Haushalts der Organisation finanzierten. Der SCRC merkte an, dass die Verteilung außerplanmäßiger Mittel zu den wichtigen Überwachungsfunktionen der leitenden Organe der Organisation zähle.

## Durchsicht der für das RC53 entworfenen Arbeitsdokumente

### Psychische Gesundheit

13. Es wurde angeregt dem RC53 ein Dokument vorzulegen, das einleitend die gegenwärtigen Bedürfnisse in Mitgliedstaaten der Europäischen Region abschätze und die von der WHO unternommenen Schritte zur Förderung von Konzeptentwicklung im Bereich psychischer Gesundheit bewerte. Dann sollten die wichtigsten von der Organisation verfolgten Strategien skizziert und die Netze, Sonderarbeitsgruppen und Partner benannt werden, die die Arbeit in der Praxis ausführen. Die zu bewältigende Aufgabe werde dann so umrissen: ohne psychische Gesundheit keine öffentliche Gesundheit. Eine Schilderung der getroffenen, laufenden und geplanten Maßnahmen werde der Betrachtung sich neu kristallisierender Themen vorausgehen. Das Dokument solle mit Einzelheiten der Vorbereitungen für die Europäische ministerielle Konferenz im Jahr 2005 abschließen.

14. Die Vorbereitungen für die Konferenz liefen bereits: Man habe Ort und Zeit vereinbart und einen Lenkungsausschuss aus Vertretern interessierter Mitgliedstaaten und den als Mitveranstalter auftretenden zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen gebildet. Es habe Vorbereitungsveranstaltungen gegeben im Februar (zu Menschenrechten und psychischer Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission) und im März (zu Stigmatisierung und psychischer Gesundheit, zusammen mit der griechischen Ratspräsidentschaft). Man wolle weitere Veranstaltungen zu Suizidprävention, gesellschaftlich bedingtem Stress und der psychischen Gesundheit von Kindern und jungen Menschen durchführen und mehr Länder dazu bringen, Fallstudien beispielhafter Praxis und Reform beizusteuern.

15. Der SCRC betonte, dass das Papier für den RC53 und die Konferenz selbst sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Aspekte psychischer Gesundheit abdecken müsse: Die erst genannten Aspekte bezögen sich auf die Prävention von psychischen Störungen und die Förderung von psychischer Gesundheit, während letztere Behandlung und Rehabilitation umfassten. Der SCRC hob auch hervor, dass die Gewährleistung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Bedeutung habe, und begrüßte die zu diesem Thema geplante Vorbereitungstagung.

16. Nicht übersehen werden dürfe außerdem die Notwendigkeit einer verbesserten Aus- und Fortbildung für Hausärzte und andere in der Primärversorgung Tätigen sowie der Ausrichtung der Forschung im operationellen Bereich oder zu Gesundheitssystemen, auf eine bessere Einbeziehung solchermaßen geschulter Kräfte bei der Bewältigung psychischer Probleme. Die Rolle der Presse und der Medien bei der Darstellung von Themen aus dem Bereich psychischer Gesundheit müsse ebenfalls berücksichtigt werden. Fallstudien der in den Ländern gemachten Erfahrungen seien eine angemessene Art diese Fragen aufzugreifen.

17. Vor dem Hintergrund der ganz unterschiedlichen Ausgangslagen der Länder müsse die Konferenz darauf abzielen, den Mitgliedstaaten bei der allseitigen Entwicklung eigener Konzepte im Bereich psychische Gesundheit zu helfen und den Weg für die Annahme eines Europäischen Aktionsplans auf diesem Gebiet zu ebnet.

### **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa**

18. Angesichts der alarmierenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestimmter Gruppen von Kindern und Jugendlichen hatte der SCRC auf seiner letzten Tagung dieses Thema gewählt. Das Papier für das RC53 werde eingangs die Situation neu einschätzen und die vielen geplanten oder ergriffenen Initiativen schildern. Dann folge es der Struktur des globalen Dokuments (WHO/FCH/CAH/02.21 Rev.1), das die strategische Ausrichtung der WHO in diesem Bereich vorstelle und sieben Dringlichkeitsbereiche hervorhebe: Gesundheit von Müttern und Neugeborenen, Ernährung, übertragbare Krankheiten, Verletzungen und Gewalt, die natürliche Umwelt, Gesundheit von Jugendlichen und psychosoziale Entwicklung und psychische Gesundheit. In jedem dieser Bereiche präsentiere das Papier Tendenzen und Muster, Prävalenzen, wichtige Interventionen und gegenwärtig verwendete Ansätze sowie Zusammenhänge zwischen den vordringlichen Bereichen. Es beschreibe die Handlungsalternativen und betone die Notwendigkeit umfassender nationaler Strategien. Dementsprechend werde das RC53 eine Diskussion eröffnen, die auf der Budapester Konferenz im Jahr 2004 weitergeführt und beim Regionalkomitee im Jahr 2005 in der Vorlage eines Aktionsplanes gipfeln solle.

19. Der SCRC begrüßte die Struktur und die Stoßrichtung des Dokuments, merkte jedoch an, dass einige Aspekte anscheinend übersehen worden seien: nichtübertragbare Krankheiten, sexuell übertragene Infektionen, die Rolle der Massenmedien und die allgemeineren sozialen Determinanten von Gesundheit wie Analphabetismus, Armut und Obdachlosigkeit. Das Papier müsse auch auf das multisektorale Wesen kindlicher Gesundheit hinweisen und dokumentierte Ergebnisse aus der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Grundsatzmaßnahmen vorlegen. Außerdem müsse es handlungsorientiert sein. In diesem Zusammenhang zeigte sich der SCRC besorgt darüber, dass bis 2005 kein Aktionsplan vorgelegt werde. Man erwarte für die Zwischenzeit die Erarbeitung konkreter Vorschläge.

### **Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA)**

20. Der Aktualisierung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts werde höchste politische Bedeutung beigemessen. Für den Regionaldirektor sei dies eine Chefsache. Die praktische Verantwortung trage die Abteilung Länderunterstützung, da angestrebt werde, ethische Werte festzuschreiben und diese in Instrumente oder Leitlinien umzusetzen, die den Mitgliedstaaten bei dem Entwurf und der Umsetzung eigener Konzepte von Nutzen seien.

21. Die Anfänge der GFA-Bewegung gingen auf die Annahme von Resolution WHA30.43 durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1977 und die Erklärung von Alma-Ata der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung im Folgejahr zurück. Die Europäische WHO-Region habe im Jahr 1984 eine regionale Strategie und regionale Ziele (Resolution EUR/RC34/R5) und im Jahr 1985 Indikatoren gebilligt. Ein aktualisiertes globales Konzept sei von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 beschlossen worden. Das Regionalkomitee habe im September des gleichen Jahres das regionale GFA-Konzept für das 21. Jahrhundert gebilligt (Resolution EUR/RC48/R5) und vereinbart, sich im Jahr 2005 mit der nächsten überarbeiteten Ausgabe zu befassen.

22. Aus seinen Gesprächen mit Mitgliedstaaten habe der Regionaldirektor erfahren, dass diese von einer überarbeiteten Fassung weiterhin klare Aussagen zu den in GFA und GESUNDHEIT21 enthaltenen Werten erwarten. Die Ziele sollten jedoch auf Länderebene festgelegt werden. Deshalb schlage er vor, dass sich das aktualisierte Konzept, wie vom SCRC-Unterausschuss zu Bioethik gefordert, schwerpunktmäßig mit Ethik im Gesundheitssystem befasse und dabei die Rechten und Pflichten aller Beteiligten, auch der des Systems, untersuche.
23. Der Inhalt des aktualisierten Konzepts lasse sich demgemäß in vier Abschnitte untergliedern: a) Umsetzung von GESUNDHEIT21 und daraus gezogene Lehren, b) Prüfung und Aktualisierung der Werte, c) von der Ethik zu Konzept und Handlung: Instrumente der Entscheidungsfindung, d) Leitlinien für die Mitgliedstaaten. Der erste Abschnitt werde wiederum in drei Teile gegliedert: eine Übersicht (jedoch keine förmliche Auswertung) der Umsetzung von GFA in Konzepte der Mitgliedstaaten, eine Studie über Zielsetzungen und eine Darstellung von Befunden aus der Anwendung sektorübergreifender Konzepte. Die für diesen Abschnitt erforderliche Forschung werde bereits vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme betrieben. Der zweite Abschnitt werde von einer Denkfabrik aus 12 bis 15 Forschern und Entscheidungsträgern bearbeitet. Der dritte Abschnitt werde vom WHO-Büro in Barcelona übernommen. Dieser Abschnitt werde Fallstudien sammeln und analysieren. Hierzu würden u. a. das Zukunftsforum und das Netzwerk Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen einen Teil beitragen.
24. Da das überarbeitete Konzept dem Regionalkomitee im Jahr 2005 vorgelegt werden müsse, wolle man dem RC53 eine Einführung präsentieren, an die sich im Jahr 2004 Konsultationen mit Mitgliedstaaten über einen ersten Entwurf des überarbeiteten Konzepts anschließen. Das für das RC53 vorzubereitende Dokument könne demgemäß den Hintergrund, die Begründung und Geschichte der GFA-Bewegung skizzieren, eine vorläufige Einschätzung der Umsetzung von GESUNDHEIT21 und der daraus gezogenen Lehren enthalten und das aktualisierte Konzept und die zu seiner Erarbeitung vorgeschlagene Methodik umreißen.
25. Der SCRC stelle sich vorbehaltlos hinter die grundlegenden Werte von GFA und GESUNDHEIT21 und wies insbesondere auf die Notwendigkeit hin, angesichts von sich ändernden politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die zentrale Bedeutung von Chancengleichheit und Solidarität erneut zu bestätigen. Allerdings erkannte er an, dass die Übertragung von Werten in Leitlinien und praxisgerechte Instrumente angesichts unterschiedlicher Kulturen und Entwicklungen in den verschiedenen Teilen der Region schwierig sei.
26. Andererseits äußerte der SCRC Bedenken gegenüber einer Überprüfung und Auswertung der Umsetzung von GESUNDHEIT21 so kurz nach der Verabschiedung. Außerdem habe eine Reihe von Ländern erst jüngst auf der Grundlage von GESUNDHEIT21 eigene Konzepte entworfen, weshalb einige Mitglieder es nicht als ratsam empfänden, zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein neues regionales Rahmenkonzept einzuführen.
27. In seiner Erwiderung hob der Regionaldirektor noch einmal hervor, dass das Regionalkomitee bei der Annahme von GESUNDHEIT21 darin überein gekommen war, sich im Jahr 2005 eine überarbeitete Fassung (nicht ein neues Konzept) vorlegen zu lassen. Die Frage sei demnach, ob diese Überarbeitung lediglich aus einem Zusatz oder Anhang zum vorhandenen Rahmenkonzept bestehen solle (der Lücken schließe, die bei einer Auswertung möglicherweise gefunden würden) oder ob die grundlegenden von der WHO vertretenen Werte mit neuem Leben erfüllt und besser sichtbar gemacht werden sollten, indem man eine weit gefasste Frage zur Ethik der Gesundheitssysteme aufbrächte.
28. Abschließend kam der SCRC darin überein, dass ein Anhang zu GESUNDHEIT21 keine befriedigende Lösung darstelle. Ein gesondertes Dokument sei erforderlich, das Grundwerte wie Solidarität, Gleichberechtigung der Geschlechter und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung ebenso betone wie sektorübergreifende Zusammenarbeit, Primärversorgung und Public Health. Angesichts der drei laufenden Initiativen zur Umsetzung von GESUNDHEIT21 sowie der Arbeit der Denkfabrik forderte der SCRC den Regionaldirektor jedoch dazu auf, auf der nächsten Tagung über die vorläufigen Ergebnisse in diesen

vier Bereichen zu berichten. Dann könne man sich fundierter zum Inhalt des überarbeiteten Konzepts äußern.

### **Die Länderstrategie des Regionalbüros**

29. Dem RC53 werde ein Zwischenbericht über die Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros seit dem Jahr 2000 vorgelegt. Es wurde angeregt, den Bericht mit einer Wiederholung des Hintergrunds und der zentralen Prinzipien der Länderstrategie einzuleiten: den Ländern in ihrer Vielfalt dienen, internationale Partnerschaften für Gesundheit stärken, Teil der globalen Länderstrategie der WHO sein und Erfahrungen des Regionalbüros in die laufende Arbeit einbeziehen. Anhand konkreter Beispiele müsse der Bericht dann untersuchen, welche Fortschritte bereits erzielt worden seien. Daran werde sich eine Darstellung der Umorganisation des Büros anschließen, mit der die Länderpräsenz der WHO gestärkt und die Verwaltung der Länderarbeit verbessert werden solle. Das Papier werde mit einem Abriss der Zukunftsaussichten und Bedürfnisse abschließen.

30. Das Papier werde sich ausführlicher mit der Arbeit im südöstlichen Europa unter dem Vorzeichen des Stabilitätspakts, mit der Unterstützung für die Länder im Umbruch und mit der Zusammenarbeit mit Ländern aus dem Westen der Region u. a. im Rahmen der Zukunftsforen beschäftigen. Unter die erste Kategorie fielen teilregionale Projekte, die zur Verwirklichung der Verpflichtung von Dubrovnik (September 2001) mit Unterstützung durch den Europarat und durch bilaterale Geldgeber umgesetzt würden. In den künftigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in der Europäischen Kommission seien 150 wichtige Interessenvertreter nach ihren Auffassungen von Gesundheitsbedürfnissen befragt worden. Diese Erhebung habe Gebiete aufgezeigt, in denen die WHO eine Führungsposition innehalte und auf die sie deswegen ihre operativen Kräfte konzentrieren sollte. Drei Zukunftsforen seien im Zeitraum 2001–2002 abgehalten worden. Seitdem sei das Programm einer ersten Auswertung unterzogen worden und eine neue Reihe, die sich mit Instrumenten der Entscheidungsfindung im Bereich Public Health befasse, sei angelaufen.

31. Außerdem habe die WHO in Gebieten wie dem südlichen Balkan, der Russischen Föderation, Tadschikistan und Usbekistan Katastrophenhilfe und humanitäre Hilfe geleistet. Sie habe auch auf Gesundheitskrisen in einigen Ländern reagiert und durch die Mobilisierung globaler Mittel geholfen. Abgesehen davon, dass das Regionalbüro die Bedeutung der Gewalt für die öffentliche Gesundheit thematisiert und zur Entwicklung von Strategien zur Armutsbekämpfung beigetragen habe, sei auch eine Experten-Gruppe zu Gesundheitssystemen gebildet worden und man habe in den Ländern Workshops zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung abgehalten. Bei all diesen Aktivitäten seien echte Partnerschaften mit den zwischenstaatlichen und nationalen Gremien eingegangen worden, sowohl vor Ort als auch auf höchster Ebene.

32. Die Länderstrategie des Regionalbüros sei vollkommen in die Länderinitiative „Country Focus Initiative“ (CFI) integriert, die im Jahr 2002 von der Generaldirektorin ins Leben gerufen wurde. Einer der sechs Bestandteile der CFI, die den Länderbüros ein wirksames Funktionieren ermöglichen soll, sei implizit vom RC52 gebilligt worden, als die Mitgliedstaaten der Europäischen Region dafür eingetreten seien, wesentliche Haushaltsmittel im Entwurf für 2004–2005 zugunsten einer verstärkten Länderpräsenz umzuschichten. Es würden Schritte unternommen, alle Aktivitäten in einem Mitgliedstaat durch ein Länderbüro unter der Leitung eines international rekrutierten Experten oder eines besonders geschulten Länderreferenten zu erfassen. Außerdem sei beim Regionalbüro ein Beratungsangebot und ein System zur Handhabung der Länderarbeit unter Verwendung expliziter Leistungsindikatoren eingerichtet worden.

33. Der SCRC zeigte sich beeindruckt von dem radikalen Wandel, der durch die Annahme der neuen Länderstrategie durch das Regionalbüro ausgelöst worden sei. Die Mitglieder aus Ländern mit Länderbüros bezeugten, dass die praktische Unterstützung durch die WHO erweitert worden sei und sie insbesondere die Art schätzten, in der die zweijährlichen Kooperationsabkommen ausgearbeitet und auf Grundlage der Bedürfnisse der Länder sowie nach den Möglichkeiten der WHO vereinbart würden. Die WHO werde durch ihre Länderpräsenz zwar finanziell stärker belastet, doch dies sei gut ausgegebenes Geld.

34. Die Zukunftsforen wurden als sehr wichtige Initiative betrachtet, u. a. um Fakten über die Mechanismen zur Handhabung technischer Entwicklungen im Gesundheitsbereich zu verbreiten. Dabei bekundete sich ein starkes Interesse an einer Erweiterung des Spektrums durch Länder außerhalb Westeuropas. Die gegenwärtigen Mitglieder des Forums und der Regionaldirektor wurden gebeten, dies zu erwägen. Die Frage werde auf einer der folgenden Tagungen des SCRC weiter erörtert.

35. Es wurde angeregt, das Papier für das RC53 durch eine ausführlichere Berücksichtigung von Beispielen bilateraler Länderpartnerschaften zu bereichern, die die WHO in unterschiedlichen Teilen der Region gefördert habe. Von diesen Einschränkungen abgesehen, unterstützte der SCRC den Entwurf und den vorgeschlagenen Ablauf seiner Vorlage beim Regionalkomitee.

### **Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit den Außenstellen, einschließlich der WHO-Länderbüros**

36. Mit dem beim RC53 zu diesem Thema vorzulegenden Papier wolle man den gegenwärtigen Stand der unterschiedlichen Präsenz des Regionalbüros außerhalb Kopenhagens beschreiben, ihre Stärken und Schwächen sowie die damit verknüpften Erwartungen abschätzen und Optionen oder strategische Ausrichtungen der kommenden fünf Jahre bestimmen.

37. Zwei allgemeine Fragen müssten deshalb behandelt werden: Wie viel Präsenz es bereits vor Ort gebe und was in Zukunft gerechtfertigt sei? Wo das Gleichgewicht zu finden sei zwischen einem standardisierten globalen Modell und der erforderlichen Flexibilität, um auf sich ändernde Möglichkeiten und Anforderungen reagieren zu können? Zusätzlich seien eine Reihe weiterer konkreter Fragen zu beantworten, die sich auf die WHO-Zentren einerseits und die Länderbüros andererseits bezögen.

38. Zur Vorbereitung des Papiers gehöre dementsprechend eine Durchsicht wichtiger konzeptioneller und strategischer Dokumente des WHO-Hauptbüros, des Regionalbüros und anderer ausgewählter Organisationen. Ferner umfasse sie eine Überprüfung finanzieller, administrativer und fachlicher Informationen, Beobachtungen und Evaluierungen und eine Befragung der Mitarbeiter und außen stehender „Stakeholder“ (u. a. SCRC-Mitglieder) hauptsächlich zu ausgewählten Beispielen der Länderarbeit. Schließlich gehörten zwei Tagungen dazu, auf denen WHO-Bedienstete und ausgewählte Nutzer oder potenzielle Nutzer der WHO-Arbeit zu einem Brainstorming zusammenkämen.

39. Das Papier werde mit einem kurzen Abriss der gegenwärtigen Präsenz in Mitgliedstaaten und der Lage in anderen Regionen und Organisationen eingeleitet. Daran schließe sich eine Analyse der Eindrücke und Vorschläge der an der Arbeit des Regionalbüros Interessierten zu diesen Themen an. Abschließen werde das Papier mit einer Reihe von strategischen Ausrichtungen und einer Liste von Fragen zur Erörterung beim RC53.

40. In Bezug auf die WHO-Zentren in verschiedenen Ländern zeigte sich der SCRC besorgt darüber, dass diese ohne eine eigentliche Erörterung der gewünschten Struktur natürlich gewachsen seien und dass es nur wenige Vorkehrungen für formalisierte Jahresberichte gebe. Anfangs hätten sie sich auf Fachfragen konzentriert, dann jedoch ihre Tätigkeit auf den Bereich der Grundsatzleitlinien ausgeweitet, eine Aufgabe, die nach Ansicht des SCRC hauptsächlich dem Regionalbüro vorbehalten sein sollte. Es sei jedoch unklar, ob sie die Erscheinungsweise von EURO in der Region als Ganzes verbesserten. Zudem drohe ein Ungleichgewicht, da mittel- und osteuropäische Länder vielleicht nicht in der Lage seien, zu den Unterhaltungskosten in gleichem Maße beizutragen wie westeuropäische Länder.

41. SCRC-Mitglieder aus Ländern, in denen die WHO ein Länderbüro unterhält, betrachteten die Einrichtung als vorteilhaft, da es die Fähigkeit des Landes zur Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme stärke und als Kanal für den Informationsaustausch mit anderen Ländern und der WHO diene. Andere Mitglieder merkten jedoch an, dass Länderbüros nicht in jedem Land erforderlich seien. Der SCRC erkannte an, dass WHO-Zentren und Länderbüros sich fundamental unterschieden, meinte jedoch, dass sich beide potenziell gleichermaßen dazu eignen, der WHO in einem Land Präsenz zu verleihen.

42. Abschließend merkte der SCRC an, dass die Kooperationszentren der Organisation nicht hinreichend in die Unterstützung der Länderarbeit eingebunden seien. Dementsprechend empfahl er, ihre Rolle neu zu definieren und ihre Daten auf die Webseiten der Länderbüros aufzunehmen.

43. Der SCRC unterstützte den Entwurf und die Vorgehensweise bei der Vorbereitung des Papiers für das RC53 und bat um einen Fortschrittsbericht auf seiner nächsten Tagung.

### **Bericht des SCRC-Unterausschusses zur Evaluation der gegenwärtigen Regelung betreffend die Mitgliedschaft im Exekutivrat**

44. Der Unterausschuss des SCRC war seit der letzten Tagung dreimal zusammengekommen: am 9. Januar 2003 in Kopenhagen zur Vereinbarung der Grundzüge seiner Vorgehensweise, am 21. Februar in Genf zur Prüfung verschiedener, auf die Mitgliedschaft im Exekutivrat bezogener Aspekte (ebenfalls anwesend waren Vertreter Frankreichs, der Niederlande und des Vereinigten Königreichs sowie der WHO-Rechtsberater, weitere Parteien waren eingeladen worden, hatten jedoch nicht teilnehmen können) und am 8. April in Kopenhagen zur Fertigstellung seines Berichts.

45. Der Unterausschuss hatte seine Arbeit mit der Abwägung der Frage der „semi-permanenten“ Mitgliedschaft im Exekutivrat begonnen, d. h. der Vereinbarung, nach der die ständigen Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen Anspruch auf einen Ratssitz mit dreijähriger Amtszeit hätten, der eine einjährige Unterbrechung folgen müsse, bevor die nächste Amtszeit begännen. Diese Vereinbarung war als Übergangsmaßnahme vom Regionalkomitee im Jahr 1999 auf einen Turnus aus drei von fünf Jahren geändert worden. Der Unterausschuss merkte an, dass es in den Grundsatzdokumenten der WHO und den Geschäftsordnungen ihrer Organe keinen ausdrücklichen Hinweis auf eine solche Praxis gebe. Umgekehrt müssten in Übereinstimmung mit dem in der WHO-Satzung enthaltenen Gleichheitsprinzip alle Länder der Region das gleiche Anrecht auf einen Sitz im Exekutivrat haben.

46. Der Unterausschuss habe dann anhand verschiedener Szenarien berechnet, mit welcher statistischen Wahrscheinlichkeit ein Mitgliedstaat einen Sitz erlangen könne. Selbst wenn die Praxis der „Semi-Permanenz“ vollkommen eingestellt würde, sei die Chance auf eine Wahl in den Exekutivrat noch immer geringer als vor dem Anstieg der Mitgliederzahlen zu Anfang der 90er Jahre. Zwei Maßnahmen hätten einen wesentlichen Effekt: a) Die Ratifizierung und das In-Kraft-Treten der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung würde u. a. für die Europäische Region einen achten Ratssitz bedeuten, b) eine Änderung des Turnus für semi-permanente Mitglieder auf drei von sechs Jahren.

47. Der Unterausschuss empfahl die folgenden Kriterien für die Wahl eines Mitgliedstaates in den Exekutivrat:

- Dieser solle eine im Gesundheitsbereich fachlich qualifizierte Person ernennen, wie in Artikel 24 der WHO-Satzung ausgeführt,
- noch nie im Rat vertreten gewesen sein (und schon Mitglied der WHO vor 1991) oder letztmalig vor mehr als 20 Jahren vertreten,
- solle nicht gleichzeitig Mitglied des Rates und des SCRC sein,
- frühere Mitgliedschaft im SCRC sei vorteilhaft
- und eine Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung sollte mit in die Überlegungen einfließen.

48. Folgende Leitlinien wurden den Mitgliedstaaten für die Auswahl von Kandidaten vorgeschlagen:

- gegenwärtig (oder bis vor kurzem) bei Gesundheitsbehörden des Landes eng am politischen Entscheidungsprozess tätig,
- Arbeitserfahrung mit internationalen Organisationen, der WHO oder anderen Organisationen der Vereinten Nationen,

- Fähigkeit zur Kooperation, Koordination und Kommunikation innerhalb des Landes und zwischenstaatlich,
  - Erfahrung mit der Koordinierung von hochrangigen politischen und bzw. oder fachbetonten Programmen auf nationaler (interregional, ressortübergreifend) oder internationaler Ebene (bilateral oder zwischenstaatlich),
  - Fähigkeit und Engagement,
  - Geschlecht (insbesondere Kandidatinnen sind aufgerufen).
49. Aus praktischen Erwägungen und um eine gleichmäßige geografische Verteilung der Ratssitze zu fördern, trat der Unterausschuss für folgende informelle und freiwillige Gruppierungen ein:
- Mitgliedstaaten der Europäischen Union und der EFTA (insgesamt 32 Länder) unterteilt in eine nördliche Untergruppe mit drei Sitzen und eine südliche mit zwei Sitzen,
  - Mitgliedstaaten der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten und Länder Südosteuropas (insgesamt 20 Länder mit zwei Sitzen oder bei In-Kraft-Treten der geänderten Artikel 24 und 25 mit drei Sitzen).
50. Der Unterausschuss hielt eine einvernehmliche gruppeninterne Wahl der Kandidaten für wünschenswert, sah aber auch die Möglichkeit eines freiwillig praktizierten alphabetischen Rotationsprinzips.
51. Ferner war der Unterausschuss der Ansicht, dass die Praxis der Semi-Permanenz bei von der Weltgesundheitsversammlung gewählten Posten (d. h. beim Allgemeinen Ausschuss und dem Ausschuss für Nominierungen) keine Anwendung finden solle.
52. Abschließend schlug der Unterausschuss vor, die Erfahrungen aus der Umsetzung dieser Empfehlungen nach Ablauf des ersten Sechs-Jahre-Turnus auszuwerten und die Ergebnisse beim RC60 im Jahr 2010 vorzutragen.
53. Der SCRC gratulierte den Mitgliedern des Unterausschusses herzlich zu ihrer sehr gründlichen Arbeit. Er unterstützte vorbehaltlos alle Empfehlungen und wollte sie dem Regionalkomitee als ein Paket vorlegen. Um die Akzeptanz zu fördern und für die Ratifizierung der Änderungen von Artikel 24 und 25 zu werben, sollten während der Weltgesundheitsversammlung Gespräche mit Vertretern von Mitgliedstaaten geführt werden. Da der SCRC in den vergangenen sechs Jahren bereits sehr viel Zeit auf dieses Thema verwandt habe, sei von einer erneuten Zurückverweisung an den SCRC kein Gewinn zu erwarten, sollten die Vorschläge für das Regionalkomitee nicht akzeptabel sein.

## **Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO**

54. Dem SCRC wurde das Dokument EU/RC53/5 präsentiert, das die Nominierungen für die Mitgliedschaft in verschiedenen Organen und Ausschüssen der WHO darlegt. Weitere Erörterungen würden auf der nächsten Tagung und während der Weltgesundheitsversammlung stattfinden. Die Empfehlungen des SCRC würden dann auf seiner Tagung am Vorabend des RC53 erarbeitet werden.

## **Nachbereitung der externen Evaluation der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitsversorgung**

55. Wie der Zehnte SCRC auf seiner ersten Tagung gefordert hatte, waren der Regionaldirektor und der Vorsitzende vor Beginn der dritten Tagung mit einem der externen Gutachter zusammengekommen, um alle eventuell entstandenen Missverständnisse auszuräumen.

56. Das dem SCRC vorgelegte Papier enthielt die Anmerkungen des Sekretariats zu den Empfehlungen der externen Gutachter. Zum Zwecke der Darstellung ließen sich diese in zwei Kategorien unterteilen: Die ersten neun richteten sich mit einer Grundsatzperspektive an das Regionalkomitee und das Regionalbüro,

während die übrigen sich mehr aus organisatorischen und praktischen Fragen zusammensetzten. Das Sekretariat war der Meinung, dass sich die meisten Empfehlungen auf Änderungen und Aktivitäten bezögen, die durch das Regionalbüro bereits umgesetzt würden. Die Mitgliedstaaten hätten dies durch die Annahme der zugrunde liegenden Grundkonzepte und Haushaltserfordernisse im Regionalkomitee gebilligt.

57. Der SCRC hob als wesentlichen Befund des Berichts den allgemein gegenüber der WHO bezugten Respekt hervor. Der gesamte Bericht spiegele die große Spannweite von Aktivitäten wider, die mit Professionalität und Engagement durchgeführt würden. Losgelöst aus dem Zusammenhang könnten die Empfehlungen der Gutachter als kritisch gegenüber der Arbeit des Büros erscheinen. Dies sei jedoch nicht der Fall. Auf ähnliche Weise könnten die Kommentare des Sekretariats zu den einzelnen Empfehlungen und seine Schlussfolgerung interpretiert werden, als könne das Regionalbüro aus der Evaluation nichts lernen. Dies sei jedoch ebenso wenig der Fall.

58. Wie vom RC52 gefordert, werde der SCRC dem RC53 zu diesem Thema im Rahmen seines eigenen Berichts vortragen.

### **Ämter für das RC53 und regionale Kandidaten für Wahlämter der WHA56**

59. Der SCRC unterstützte die regionalen Vorschläge für Wahlämter der WHA56 (Vizepräsident der Versammlung, Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses B, fünf Sitze im Allgemeinen Ausschuss, drei Sitze im Beglaubigungsausschuss und sechs Sitze im Ausschuss für Nominierungen) und für den Präsidenten von RC53. Der SCRC würde die übrigen Ämter des RC53 auf seiner nächsten Tagung behandeln. Der Regionaldirektor wurde gebeten einen Ersatzkandidaten für das Amt des Berichterstatters von Ausschuss B vorzuschlagen, da der ursprüngliche Kandidat das Angebot habe ablehnen müssen.

60. Der SCRC meinte, dass die Frage der Wahlämter der Weltgesundheitsversammlung auf seiner Dezentertagung aufgegriffen und im Zusammenhang mit den Empfehlungen des Unterausschusses zur Mitgliedschaft im Exekutivrat behandelt werden könne, falls diese vom RC53 angenommen würden (s. o. Abschnitt 51).

### **Grußadresse eines Vertreters der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa**

61. Gewohnheitsgemäß informierte der Präsident der Personalvereinigung den SCRC über Angelegenheiten, die den Bediensteten am Herzen liegen. Während die Vereinigung in der Vergangenheit eine beratende Funktion gegenüber der Verwaltung eingenommen hatte, ließen die jüngst eingeführten Reformen in der Personalpolitik es nun angemessen erscheinen, das Verhältnis zwischen beiden Seiten auf eine gleichberechtigtere Grundlage zu stellen. Alle Personalvereinigungen der WHO hätten sich darum auf ein gemeinsames Papier verständigt, das auf der nächsten globalen Tagung von Vertretern der Bediensteten und der Verwaltung (GSMC) vorgelegt werden solle und das Vorschläge für eine partnerschaftlichere Arbeitsweise skizzierte.

62. Die Vertragsreform der WHO, die seit Juli 2002 in die Praxis umgesetzt wird, sei u. a. darauf zugeschnitten, die unannehmbare Praxis langfristiger Kurzzeitbeschäftigung zu beenden (60% der Bediensteten des Regionalbüros hätten Kurzzeitverträge). Während einer dreijährigen Übergangsphase seien gute Fortschritte dabei gemacht worden, Bedienstete in befristete Verträge von mittlerer Dauer zu überführen.

63. Das neue System für Leistungsmanagement und Entwicklung (PMDS) werde jetzt seit einem Jahr angewendet. Obwohl die Personalvereinigung die Einführung des neuen Systems begrüße, da es, wie sie glaube, eine gerechtere Methode zur Bewertung der Leistung der Bediensteten biete, sei doch klar, dass noch viel getan werden müsse, um die Umsetzung zu verbessern.

64. Eine Umfrage unter den Bediensteten habe im vorangegangenen Jahr eine Reihe von Problemgebieten erkennen lassen, darunter die Qualität der Verwaltung, die Herausforderungen des Arbeitens in einem kulturell vielseitigen Umfeld und unnötige, bürokratische Hindernisse. Die Verwaltung arbeite

zurzeit an einigen der schwierigeren Fragen. Die Ernennung einer Beauftragten für Entwicklung und Fortbildung und die Annahme einer Förderungspolitik und eines Förderprogramms bezeugten einen kohärenteren Ansatz in der wichtigen Frage der Weiterbildung.

65. Insgesamt glaube die Personalvereinigung, dass Dialog und Transparenz in Gesprächen und Auseinandersetzungen klar vorzuziehen seien, und sie beabsichtige diese Arbeitsweise im bevorstehenden Jahr beizubehalten.

66. Der SCRC begrüßte die guten Beziehungen zwischen den Bediensteten und der Verwaltung und den Fortschritt, der bei der Bewältigung des Problems der Kurzzeitbeschäftigung gemacht worden sei. Angesichts der vorgeschlagenen Ausweitung des Programmhaushalts für 2004–2005 erwarte er eine leichte Entspannung hinsichtlich der finanziellen Beschränkungen bei Stellenbesetzungen. Mit Blick auf die Einführung des PMDS stimme er zu, dass die Bewertung der Leistung und eine Rückmeldung notwendig seien, sehe die laufende Fortbildung aber langfristig als noch wichtiger für eine gesunde Organisation an. Abschließend betonte er, wie wichtig es sei, weiter für die Sicherheit und Gesundheit der Bediensteten zu sorgen.

## **Sonstige Angelegenheiten**

### **Folgen für den Haushalt durch die Überführung Zyperns aus der Östlichen Mittelmeerregion in die Europäische Region der WHO**

67. Der SCRC riet dem Regionaldirektor für die mögliche Überführung Zyperns in die Europäische Region keine zusätzlichen Mittel zu beantragen. Die zusätzlichen administrativen Kosten könnten innerhalb des bestehenden Haushalts absorbiert werden.

### **Schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS)**

68. Auf Bitten des SCRC wurde über die jüngsten Entwicklungen bezüglich SARS informiert. Die WHO habe am 12. März 2003 eine globale Warnung und am 4. April Reiseratschläge ausgegeben. Bis zum 8. April habe es weltweit 2601 Fälle und 98 Sterbefälle gegeben. Definitionen von Verdachtsfällen und wahrscheinlichen Fällen seien erarbeitet und die betroffenen Gebiete ausfindig gemacht worden. Acht Länder der Europäischen Region hätten wahrscheinliche Fälle gemeldet.

69. Es sei erwiesen, dass SARS von Mensch zu Mensch durch Tröpfcheninfektion übertragbar sei, allerdings deuteten große punktuelle Ausbrüche auch auf andere, unbekanntere Übertragungswege hin. Die Inkubationszeit betrage 2–12 Tage, fast alle Fälle entwickelten Lungenentzündungen, die Mehrzahl aller Fälle seien Krankenhausmitarbeiter und Kontakte aus Haushalten, die Sterblichkeit liege bei ungefähr 4%. Man habe ein globales Überwachungsnetz errichtet und die Lage werde laufend verfolgt. Aktuelle Informationen würden auf einer eigens eingerichteten Website zur Verfügung gestellt. (<http://www.who.int/csr/sars/en/>).

70. Die Mitglieder des SCRC zeigten sich dankbar für die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und für die Beratung über nationale Reiseratgeber, Übertragungsmöglichkeiten während der Inkubationszeit und den Einsatz von Quarantänemaßnahmen. Sie erkannten an, dass die WHO wissenschaftlich fundierten Rat erteilen könne. Die erforderlichen politischen Entscheidungen müssten jedoch von den nationalen Regierungen selbst getroffen werden.

### **Ansprechpartner und Kontakte**

71. Dem SCRC wurden ein Dokument (EUR/RC52/SC(3)/7) und eine CD-ROM vorgelegt, die Angaben zu den Ansprechpartnern und Kontakten des Regionalbüros enthielten.