



Bericht über die Einundsechzigste Tagung  
des Regionalkomitees  
für Europa



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

# Bericht über die Einundsechzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa

Baku (Aserbaidshan)  
12.–15. September 2011

Schlüsselwörter

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

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

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

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

**© Weltgesundheitsorganisation 2011**

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

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

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

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

## Inhalt

Eröffnung der Tagung.....	1
Wahl der Tagungsleitung.....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Ansprache des Präsidenten von Aserbaidschan.....	2
Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa.....	3
Ausbau der Partnerschaft mit dem Globalen Fonds.....	6
Grußwort der WHO-Botschafterin des guten Willens für die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region.....	7
Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regional-komitees für Europa.....	8
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben.....	9
Ansprache der Generaldirektorin der WHO.....	9
Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“.....	11
Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze.....	11
Governance.....	11
Das Gesundheitsgefälle.....	14
Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO.....	18
Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn und den weiteren Weg.....	18
Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen.....	20
Reform der WHO für eine gesunde Zukunft.....	23
Rückmeldung aus den Arbeitsgruppen ans Plenum.....	26
Wahlen und Nominierungen.....	27
Exekutivrat.....	27
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees.....	27
Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion.....	27
Jo-Asvall-Stipendium für Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit.....	27

Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016).....	28
Unterstützung der Europäischen Erklärung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen.....	30
Ottawa-Charta.....	30
Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020).....	30
Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region .....	32
Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015).....	33
Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015).....	34
Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015 .....	35
Resolutionen .....	36
EUR/RC61/R1: Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze .....	36
EUR/RC61/R2: Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen.....	37
EUR/RC61/R3: Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) .....	38
EUR/RC61/R4: Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) .....	40
EUR/RC61/R5: Erklärung und Aktionsplan der Europäischen Region zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien.....	42
EUR/RC61/R6: Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region.....	44
EUR/RC61/R7: Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO .....	46
EUR/RC61/R8: Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015).....	48
EUR/RC61/R9: Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	50
EUR/RC61/R10: Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015.....	51
Anhang 1: Tagesordnung.....	52
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere.....	54
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	57
Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin .....	70
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin .....	79



## Liste der Abkürzungen

AMR	antimikrobielle Resistenzen
BCA	zweijährige Kooperationsvereinbarung (biennial collaborative agreement)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EU	Europäische Union
FCTC	Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs
GSM	Globales Management-System
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
M/XDR-Tb	Multiresistente und extensiv resistente Formen der Tuberkulose
MZ	Millenniums-Entwicklungsziele
NCD	nichtübertragbare Krankheiten
NGO	nichtstaatliche Organisation
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
RCC	Regionale Zertifizierungskommission für die Poliomyelitiseradikation
SCRC	Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees
SEEHN	Südosteuropäisches Gesundheitsnetzwerk
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen





## Eröffnung der Tagung

(EUR/RC61/2 Rev.1, EUR/RC61/3 Rev.1)

Die 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 12. bis 15. September 2011 im Gülüstan-Palast in Baku (Aserbaidschan) statt. An der Tagung nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus 50 Mitgliedstaaten der Region teil. Außerdem waren ein Beobachter eines Mitgliedstaats der Wirtschaftskommission für Europa sowie Vertreter der Organisation für Ernährung und Landwirtschaft der Vereinten Nationen, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, der Weltbank, des Welternährungsprogramms, des Europarats, der Europäischen Union (EU) und nichtstaatlicher Organisationen anwesend (vgl. Anhang 3).

Die erste Sitzung wurde von Dr. Vladimir Lazarevik, dem scheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet.

## Wahl der Tagungsleitung

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

Prof. Ogtay Shiraliyev (Aserbaidschan)	Präsident
Dr. Josep Casals Alís (Andorra)	Exekutivpräsident
Dr. Lars-Erik Holm (Schweden)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Frau Carole Lanteri (Monaco)	Berichterstatterin

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

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

Nach kurzer Beratung vereinbarte das Regionalkomitee die Behandlung der Tagesordnungspunkte 6 h) Strategische Kohärenz der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa (einschließlich der Unterpunkte betreffend Strategie und Konzept des Regionalbüros für die Außenstellen und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik) und 9) Partnerschaften bis zur 62. Tagung zu verschieben.



## Ansprache des Präsidenten von Aserbaidtschan



Seine Exzellenz Herr Ilham Aliyev, Präsident von Aserbaidtschan, hieß die Delegierten herzlich in seinem Land willkommen. Er erklärte, der Politikbereich Gesundheit habe in der Arbeit seiner Regierung einen sehr hohen Stellenwert; so habe sich der Umfang des Gesundheitsetats in den vergangenen fünf Jahren verachtacht. Die technischen Grundlagen für die Gesundheitsversorgung seien gestärkt worden; konkret seien in den vergangenen Jahren mehr als 400 Gesundheitseinrichtungen, darunter spezialisierte Einrichtungen für Bereiche wie Krebsbekämpfung, Perinatalversorgung und Chirurgie, sowie Zentren für Diagnose und Behandlung in 14 Städten neu gebaut oder renoviert worden. Sie würden bedarfsgerecht mit der modernsten Gesundheitstechnologie ausgestattet, und Aserbaidtschan mache sich die Erfahrung anderer Länder zunutze, indem es seine jungen Ärzte zur Weiterbildung ins Ausland schicke. Alle Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens seien für die Bevölkerung kostenlos.

Sein Land sei sich dessen bewusst, dass Umweltbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen hätten. Deshalb habe es das Jahr 2010 zum „Jahr der Umwelt“ erklärt; dabei seien rund 10 Mio. Bäume gepflanzt worden, und ein weiterer Schwerpunkt liege auf der Bewirtschaftung von Wasserressourcen. Dank der Hilfe mehrerer internationaler Organisationen seien mittlerweile Projekte zur Verbesserung der Wasserver- und Abwasserentsorgung im Gange, und Aserbaidtschan gehe davon aus, dass sein Trinkwasser bis Ende 2013 die Normen der WHO erfüllen werde.

Ein weiteres wesentliches Anliegen sei die Verbesserung der Gesundheit junger Menschen. Dafür seien insgesamt 30 Sportanlagen nach olympischem Standard gebaut worden, und die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs sei ein zentraler Bestandteil des Staatlichen Jugendprogramms 2012–2015.

Die laufenden wirtschaftlichen Reformen hätten Aserbaidtschan in die Lage versetzt, nun soziale Probleme in Angriff zu nehmen. Das Bruttoinlandsprodukt des Landes habe sich in den vergangenen sieben Jahren verdreifacht, es habe keine Einschnitte bei Sozialleistungen gegeben, und die Renten seien um 40% gestiegen. Dank dieser Entwicklung seien nur noch 9% der Bevölkerung von Armut betroffen (zuvor 49%). Infolge ihrer verbesserten finanziellen Situation legten die Bürger inzwischen mehr Wert auf Gesundheit, und der Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessere sich rapide. Die sozialen und ökonomischen Reformen hätten sich ausgezahlt, doch blieben einige Probleme noch bestehen, und die Programme zu ihrer Beseitigung würden konsequent fortgesetzt. Gegenwärtig seien noch etwa 125 000 Familien auf Sozialhilfe angewiesen.

Aserbaidtschan unterhalte über Gremien wie die von der EU initiierte sog. „Östliche Partnerschaft“ enge Kontakte zu seinen Partnerländern. Solche Initiativen zielten u. a. darauf ab, die in der EU geltenden Normen auf das Gesundheitssystem des Landes zu übertragen. Er sei überzeugt, dass die Tagung des Regionalkomitees seinem Land weitere Fortschritte auf diesem Gebiet ermöglichen werde.

Der Präsident der Tagung verlas auch eine Grußbotschaft von Frau Mehriban Aliyeva, Gattin des aserbaidtschanischen Präsidenten und Präsidentin der Heydar-Aliyev-Stiftung.



## Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa

(EUR/RC61/5, EUR/RC61/8 Rev.2)

In ihrer Ansprache (Anhang 4) begrüßte die Regionaldirektorin die Delegierten zu der Tagung und drückte zu Anfang ihr tiefes Bedauern über die zahlreichen Toten infolge der tragischen Ereignisse in Norwegen und über andere Krisen in der Europäischen Region sowie über den Anschlag auf das Büro der Vereinten Nationen in Nigeria aus. Dann schilderte sie die Erfolge in der Europäischen Region der WHO in den vergangenen zwölf Monaten, aber auch die bestehenden Herausforderungen sowie Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung in folgenden vier Bereichen: Bedrohung der Gesundheit; nichtübertragbare Krankheiten; Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit; und „Gemeinsam für mehr Gesundheit in Europa“.

Zu den Bedrohungen für die Gesundheit, gegen die vorgegangen worden sei, hätten Krisensituationen und gesundheitliche Notlagen sowie die häufigsten übertragbaren Krankheiten gehört. Auf Grundlage einer neuen Zusammenarbeit mit Italien setzte das Regionalbüro bereits einen Aktionsplan über Migration und Gesundheit um, der zu einem Langzeitprogramm ausgebaut werden könne. Im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften habe das Regionalbüro mit den Mitgliedstaaten etwa drei bis vier Ereignisse pro Woche geprüft und seine Arbeit WHO-intern wie auch mit den maßgeblichen Partnerorganisationen abgestimmt und die Mitgliedstaaten beim Aufbau der erforderlichen Kernkapazitäten unterstützt. Es habe außerdem mit Unterstützung der dänischen Regierung zwei Überschwemmungen an seiner Liegenschaft in Kopenhagen bewältigt. Unter der Führung der WHO und mit starker Unterstützung von globalen Partnern wie UNICEF hätten die Mitgliedstaaten den Ausbruch der Poliomyelitis im vergangenen Jahr erfolgreich bewältigt, so dass die Regionale Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region (RCC) im August 2011 die Zertifizierung der Region als poliofrei bestätigt habe. Auch wenn es nach wie vor größere Ausbrüche von Masern gebe, so hätten sich doch 52 Länder an der Europäischen Impfwache 2011 beteiligt, was zu einer Ausweitung der Gegenmaßnahmen beigetragen habe. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und den Partnerorganisationen, namentlich der EU, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und der Partnerschaft „Stopp der Tb“, habe das Regionalbüro drei besorgniserregende Probleme in Angriff genommen – multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose (MDR/XDR-Tb), HIV/Aids und Antibiotikaresistenz – und jeweils einen entsprechenden Aktionsplan zur Vorlage an das Regionalkomitee ausgearbeitet. Schließlich sei die Region auch auf bestem Wege, die Eliminierung der Malaria bis zum Jahr 2015 zu erreichen.

Das Regionalbüro werde dem Regionalkomitee einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) vorlegen. Angesichts der Führungsrolle der Europäischen Region im Bereich der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und in der Gesundheitsförderung sowie der Fortschritte im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten auf globaler und regionaler Ebene in den vergangenen zwölf Monaten seien nun die Voraussetzungen für eine gelungene Umsetzung des Aktionsplans gegeben. Die Außenstelle des Regionalbüros in Athen, die ihre Arbeit im September 2011 aufnehmen sollte, werde eine weitere Stärkung der Kompetenz in diesem Handlungsfeld bewirken. Darüber hinaus setze das Regionalbüro konsequent an den sozialen und umweltbedingten Determinanten nichtübertragbarer Krankheiten an. Im Zeitraum 2010–2011 hätten zahlreiche Länder das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ratifiziert bzw. weitreichende Rauchverbote eingeführt. Das Regionalbüro habe auch einen Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) ausgearbeitet, der dem Regionalkomitee vorgelegt werde. Der Europäische Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit und die Sonderarbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit seien beide 2011 eingesetzt worden und hielten ihre jeweils erste Tagung bereits in diesem Jahr ab, um den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa weiter voranzutreiben. Das Regionalbüro habe ferner die Federführung bei der Ausarbeitung eines Kapitels über die gesundheitliche und soziale Dimension der nachhaltigen Entwicklung übernommen, das als Teil eines Berichts der Europäischen Region auf einem Gipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2012 vorgelegt werden sollte. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Schließung der Außenstelle in Rom habe das Regionalbüro nun damit begonnen, seine Programme im Bereich Umwelt und Gesundheit in Kopenhagen und Bonn zu festigen, und werde dabei von der deutschen Regierung unterstützt. Die Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) seien auf allen Ebenen des Regionalbüros zu einer Priorität erklärt worden. Auf diesem Gebiet habe das Regionalbüro die Gattin des georgischen Präsidenten zur Botschafterin des guten Willens ernannt. Außerdem habe die WHO in einer interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Beseitigung von Ungleichheiten bei der Verwirklichung der Ziele die Federführung inne.

Im Themenbereich Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit sei festzustellen, dass die Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ und die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ einander ergänzten. Die Rückmeldungen aus den Mitgliedstaaten bestätigten, dass die Charta in den Gesundheitssystemen Wirkung entfalte. Zur Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Gesundheitssysteme gehörten auch die Entwicklung eines neuen Konzeptes mit Schwerpunkt auf den Gesundheitsresultaten und ein Paket von Strategien und Angeboten, eine direkte Zusammenarbeit mit den Ländern, ein Projekt über gesundheitspolitische Rahmenkonzepte auf nationaler Ebene und eine Studie über die Ökonomie der Prävention. Um seinem erneuten Bekenntnis zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit gerecht zu werden, habe das Regionalbüro ein Rahmengerüst mit Maßnahmen zur Ergänzung von „Gesundheit 2020“ entwickelt, das dem Regionalkomitee zur Prüfung vorgelegt werde, und den Mitgliedstaaten ein Instrument zur Bewertung ihrer grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen an die Hand gegeben und sie zur Bewertung der Leistung ihrer Gesundheitssysteme ermutigt. Im Bereich der Gesundheitsfinanzierung habe das Regionalbüro bedeutende Publikationen herausgegeben, Schulungen für spezielle Gruppen von Ländern veranstaltet und mit einzelnen Ländern zusammengearbeitet und einen Aktionsplan ausgearbeitet, der sich an dem Weltgesundheitsbericht 2010 orientiere. Das Regionalbüro arbeite zusammen mit den Mitgliedstaaten und seinen Partnerorganisationen, insbesondere der EU, an der Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsinformationssystems für Europa, das der Arbeit in allen Gesundheitsbereichen zugute kommen solle.

Zum Abschluss ihrer Ansprache schilderte die Regionaldirektorin die Fortschritte bei der Ausgestaltung von „Gesundheit 2020“, dem übergeordneten gesundheitspolitischen Vorhaben für die Europäische Region, sowie bei der Stärkung der Fähigkeit des Regionalbüros, die Mitgliedstaaten wirkungsvoll zu unterstützen. Das erste Jahr des partizipatorischen Prozesses zur Entwicklung von „Gesundheit 2020“ habe gezeigt, dass dieses Rahmenkonzept von den Ländern als ein zeitgerechtes und wertvolles Instrument angesehen werde. Das Regionalbüro habe seine Arbeit dadurch gestärkt, dass es die zentralen Aufgaben am Sitz in Kopenhagen konzentriert, die Außenstellen umfassend gestrafft und integriert, die Länderbüros konsequent einbezogen, die Steuerungsfunktionen verbessert und Strategien für die Länderarbeit und für Partnerschaften zwecks Vorlage an das Regionalkomitee erstellt habe. Es habe seine Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen verbessert, indem es seine Netzwerke neu belebt, im Lenkungsausschuss der WHO für die Beziehungen mit der EU den Vorsitz übernommen, Kontakte mit den die EU-Präsidentschaft innehabenden Ländern gepflegt und im Jahr 2010 Fahrpläne für die mit der EU-Kommission vereinbarten sechs Schlüsselbereiche der Zusammenarbeit erstellt habe. Ferner habe das Regionalbüro auch seine Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Weltbank, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Globalen Fonds und anderen Organisationen der Vereinten Nationen, aber auch die Kooperation innerhalb der WHO selbst ausgebaut. Die Einnahmen des Regionalbüros im Zeitraum 2010–2011 seien voraussichtlich mit denen vergangener Zweijahreszeiträume vergleichbar. Für den kommenden Zweijahreszeitraum sei die finanzielle Gesamtlage für alle Strategischen Ziele der WHO mit Ausnahme der Ziele 12 und 13 solide. Allerdings werde das hohe Maß an Zweckbindung der Mittel wohl zu zahlreichen Problemen führen, so dass sich der Reformprozess der WHO mit diesem Thema befassen müsse. Da das Regionalbüro für Europa den geringsten Anteil aus den vom WHO-Hauptbüro mobilisierten Haushaltsmitteln erhalte, habe es für jedes Strategische Ziel ein Informationspapier veröffentlicht, das detailliert Auskunft zu seinen diesbezüglichen Plänen gebe.

In der anschließenden Diskussion dankten die meisten Delegierten der Regierung von Aserbaidschan für ihre Gastfreundschaft und gratulierten der Regionaldirektorin zu ihrem Bericht und lobten ihren strategischen Weitblick und die Arbeit des Regionalbüros. Ein Vertreter des Landes, das die EU-Ratspräsidentschaft innehielt, erklärte, eine vollständige Umsetzung der sieben strategischen Schwerpunkte und die Weiterverfolgung der von der Regionaldirektorin genannten fünf vorrangigen Themen könnten sehr positive Auswirkungen auf die Gesundheitssituation in der Region haben. Doch auch wenn die Arbeit an den Aufgaben und der Organisationsstruktur des Regionalbüros sowie an seinen Beziehungen zu den Mitgliedstaaten begrüßt werde, so bedürfe doch die Frage der Einrichtung neuer Außenstellen einer weiteren Prüfung, und es würden nähere Informationen über die Pläne der Regionaldirektorin für die bestehenden Länderbüros erbeten. Die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten müsse vorausschauend sein, sorgfältig ausgehandelt und auf umfassendere und besser abgestimmte Weise in die Praxis umgesetzt werden. Das Konzept für Partnerschaften müsse im Einklang mit dem des WHO-Hauptbüros stehen. Weitere Auskünfte seien zu der Frage erwünscht, wie das Regionalbüro gemeinsam mit der Europäischen Kommission sicherstellen wolle, dass ihre Forschungsvorhaben einander ergänzten, und wie es mit dem ECDC zusammenarbeite. Die Reform der WHO solle für das Regionalkomitee die oberste Priorität sein, da es hier gelte, die Leistungsfähigkeit der WHO und eine gerechte Verteilung der Haushaltsmittel zwischen den Regionen zu gewährleisten. Er sehe den Diskussionen auf dem Regionalkomitee erwartungsvoll entgegen und wünsche sich mehr Informationen zu der Frage, inwiefern die geplanten Maßnahmen aus den einzelnen Tagesordnungspunkten Auswirkungen auf den Haushalt hätten.

Mit Blick auf die fünf vorrangigen Themen für das Regionalbüro lobte er die Anstrengungen zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten (insbesondere die Schwerpunktlegung auf Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“). Er sei sich auch der Bedeutung eines Vorgehens gegen

übertragbare Krankheiten wie HIV/Aids und impfpräventable Krankheiten bewusst; hier sei eine Zusammenarbeit mit Partnern wie dem ECDC entscheidend, und es sei eine stärkere Schwerpunktverlagerung hin zu einer bestimmten Determinante von Gesundheit wünschenswert, nämlich der Alterung der Bevölkerung. Die Arbeit des Regionalbüros zur Stärkung von Gesundheitssystemen, zur Unterstützung der Umsetzung der Charta von Tallinn und zur Thematisierung des Komplexes Reproduktionsgesundheit werde begrüßt.

Die meisten übrigen Redner schlossen sich der Erklärung an, und alle lobten und befürworteten die Arbeit des Regionalbüros. In einer Reihe von Wortmeldungen wurden die sieben strategischen Schwerpunkte und die fünf vorrangigen Themen allgemein erwähnt, in anderen wurde konkret auf „Gesundheit 2020“, die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Bereiche Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitsfinanzierung eingegangen. Die Arbeit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten – namentlich der Entwurf des Aktionsplans und die Tagungen auf europäischer und globaler Ebene – wurde generell begrüßt, und es wurde die Hoffnung geäußert, dass die bevorstehende Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen eine globale politische Erklärung hervorbringen werde. Besonders hervorgehoben wurden auch die Maßnahmen des Regionalbüros zur Bekämpfung von Polio, die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, die Arbeit im Bereich Antibiotikaresistenz, die Unterstützung für das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) und die Evaluation der Arbeit der Außenstellen.

In zahlreichen Wortmeldungen wurden einerseits die Kompetenz und der Einsatz des Regionalbüros unterstrichen, andererseits aber auch Vorschläge bzw. Bedenken geäußert, die sich vor allem auf die gegenwärtige wirtschaftliche Situation bezogen. Der Reformprozess der WHO wurde als eine Voraussetzung für mehr Flexibilität, Effektivität, einen weltweiten Überblick und eine angemessene Verteilung von Zuständigkeiten und Mitteln, aber auch für eine Feinabstimmung der Reformen auf globaler und regionaler Ebene bezeichnet. Mitgliedstaaten betonten, dass über das Regionalkomitee und den SCRC dafür Sorge getragen werden solle, dass Maßnahmen der Region mit den Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung vereinbar seien, und mahnten die Länder zur Zurückhaltung in der Forderung nach neuen Strategien auf, die das Regionalbüro finanziell zusätzlich belasten würden. In Bezug auf Führungsfragen beim Regionalbüro komme es vor allem auf die Ergebnisse an; so solle das Regionalkomitee weiterhin das maßgebliche leitende Organ in der Europäischen Region bleiben, doch solle es eine engere Abstimmung mit dem Hauptbüro mit Blick auf normative Arbeit und epidemiologische Überwachung geben. Zügige und koordinierte Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten seien weiterhin eine Priorität. In einer Wortmeldung wurde die Frage aufgeworfen, ob die vom Regionalbüro vorgelegten Tagungsunterlagen für das Regionalkomitee nicht zu umfangreich seien, und eine andere Delegation forderte ein solides Konzept für die Finanzierung der Außenstellen, in dem auch die Unterstützung durch die Gastländer berücksichtigt werde. Als Ergänzungen zum Prozess der Ausgestaltung von „Gesundheit 2020“ wurden vorgeschlagen: eine evidenzbasierte Überprüfung als Hintergrund; die Einbeziehung neuer Elemente zwecks Erzielung eines Mehrwerts; die Abstimmung mit anderen Vorhaben auf Ebene der Region, um Doppelarbeit und Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden; und eine Überprüfung im Kontext der Reform der WHO und der drei Ebenen der Organisation. In Bezug auf die Reform bemerkte ein weiterer Redner, dass es auch wichtig sei, auf die Gesundheitsministerien in Abstimmung mit den jeweiligen Außenministerien sowie Entwicklungshilfeministerien oder -agenturen zu hören.

Abschließend schilderten zahlreiche Delegierte erfolgreiche Aktionen in ihren Ländern und gingen dabei primär auf Maßnahmen zur Stärkung bzw. Reformierung ihrer Gesundheitssysteme und auf Strategien oder Strukturen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein. Als Beispiele einer bereits erfolgten oder geplanten Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro wurden genannt: die Erklärung von Moskau auf der ersten globalen Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten; der Beitrag der Europäischen Region zu der Tagung der Vereinten Nationen zum Thema nichtübertragbare Krankheiten; das Projekt Bevölkerungsgesundheit und das bevorstehende dritte Forum der Gesundheitsminister des SEEHN; die erste Tagung des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit; und die bevorstehende Konferenz zum Thema „Gesundheit 2020“ in Israel.

In ihrer Erwidierung dankte die Regionaldirektorin den Mitgliedstaaten für ihre tatkräftige Unterstützung und die enge Zusammenarbeit im Zeitraum 2010–2011 und versprach, das Regionalbüro werde auch sie weiter unterstützen. Sie dankte den Ländern zudem für deren Beitrag zu den von ihnen erwähnten Erfolgen und geplanten Maßnahmen und begrüßte ihr Angebot zu einem Erfahrungsaustausch und zur Hilfe bei der Erhöhung der Kapazitäten innerhalb des Regionalbüros.

Die Reform der WHO sei von entscheidender Bedeutung. Die Diskussionen würden auf der Tagung des Regionalkomitees eine halbtägige Sitzung in Anspruch nehmen, und sie engagiere sich dafür. Die Reform schaffe einen Rahmen, innerhalb dessen ein kohärentes Handeln zwischen den drei Ebenen der Organisation und die Nutzung des Haushalts als Instrument für die Rechenschaftsablage ermöglicht würden. Das Prinzip der einen WHO („One WHO“) sei von zentraler Bedeutung und die Global Policy Group sei sein Garant. Die Regionaldirektorin bezeichnete die Frage der Steuerung als eine ihrer obersten Prioritäten; dieses Thema

müsse mit der Reform der WHO verknüpft werden, in der wiederum die Verbindungen zwischen den Gremien auf der globalen und regionalen Ebene definiert und deren jeweiligen Aufgaben bzw. Funktionen voneinander getrennt werden müssten.

Das Regionalkomitee werde um eine Stellungnahme zu bestimmten Themen in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ gebeten; ein offizieller oder endgültiger Beschluss werde von dieser Tagung nicht erwartet. Da das Regionalkomitee die tatsächliche Entscheidung über „Gesundheit 2020“ und die geplante Strategie zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit erst 2012 fällen werde, könne die Reform der WHO darin gebührend berücksichtigt werden. Dagegen bestehe bei den in den vorgelegten Entwürfen der Aktionspläne enthaltenen Themen unmittelbar Handlungsbedarf. Daher empfahl die Regionaldirektorin, mit der Umsetzung fortzufahren und sie ggf. im Lichte der Reform der WHO anzupassen. Die Aufrechterhaltung der Zertifizierung der Region als poliofrei sei zwar eine gute Nachricht, doch müssten nun als nächstes vorrangiges Ziel die Masern angepeilt werden, insbesondere in den acht Ländern mit hoher Prävalenz. Das Regionalbüro werde auch seine Anstrengungen in den Bereichen psychische Gesundheit und Bevölkerungsalterung intensivieren.

Die Außenstellen stellten wesentliche fachliche Kapazitäten für das Regionalbüro zur Verfügung, doch werde in dem auf der Tagung behandelten Papier die Einrichtung neuer Außenstellen nicht vorgeschlagen. Das Grundsatzpapier (Dokument EUR/RC61/18) solle es dem Regionalkomitee ermöglichen, einen Konsens hinsichtlich des weiteren Vorgehens des Regionalbüros zu erzielen; ein konkreteres Papier, das eine Analyse vorhandener fachlicher Kapazitätslücken enthalte und möglicherweise zusätzlich benötigte neue Außenstellen benenne, könne auf der nächsten Tagung vorgelegt werden. In der neuen Strategie für die Länderbüros würden die in der externen Evaluation festgestellten Stärken und Schwächen gebührend berücksichtigt. Die Arbeit der WHO in den Ländern könne nicht über einen Kamm geschoren werden. Die europäischen Länder hätten aufgrund ihrer starken institutionellen Kapazitäten und ihres umfangreichen Sachverstands schon immer ihre eigene Herangehensweise an die Präsenz der WHO in den Ländern gehabt. Weil die Länderbüros den nationalen Kapazitäten entsprechen müssten, benötigten viele europäische Länder nicht die Art von Länderbüro, wie sie in anderen Regionen typisch sei. Die Regionaldirektorin werde den Empfehlungen der Evaluationsgruppe folgen und die Länderbüros in den neuen Mitgliedstaaten der EU derzeit beibehalten, dabei jedoch die Frage der Kostenteilung erörtern und, sobald die Zeit reif sei, eine Rückzugsstrategie erstellen, welche die vereinbarte Unterstützung durch die Länder einbeziehe; und nach einem Mechanismus für eine vorausschauende Zusammenarbeit mit Ländern suchen, die keine zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) mit dem Regionalbüro abschließen.

Auf dem Gebiet der Partnerschaften gebe es gute Kontakte mit der Generaldirektorin für Gesundheit und Verbraucher der EU-Kommission. Der Beigeordnete Generalsekretär der WHO für Innovation, Information, Evidenz und Forschung betreibe eine zunehmende Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für Forschung und Innovation, und der Leitende Wissenschaftler beim Regionalbüro werde in seinem neuen Tätigkeitsfeld im Büro in Brüssel Kontakte zu anderen Dienststellen der Kommission knüpfen. Die neue Vereinbarung mit dem ECDC werde im Oktober 2011 in Kraft treten, und WHO, ECDC und EU-Kommission hätten sich auf eine gemeinsame Risikokommunikation geeinigt.

## Ausbau der Partnerschaft mit dem Globalen Fonds



Die Regionaldirektorin stellte fest, dass seit der Gründung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Jahr 2002 viele Mitgliedstaaten in der Europäischen Region dank finanzieller Hilfe durch den Fonds und fachlicher Unterstützung durch die WHO wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten hätten ergreifen können. Allerdings sei man der Auffassung, dass ein Ausbau der Partnerschaft zwischen beiden Organisationen zusätzliche und

wirkungsvollere Maßnahmen ermögliche. Insbesondere die stärkere Ausrichtung des Fonds auf die Unterstützung nationaler Gesundheitsstrategien und Gesundheitssysteme biete eine hervorragende Chance für den Ausbau der Partnerschaft. Der Fonds und das Regionalbüro besäßen komplementäre Mandate und verfolgten letztlich die gleiche Zielsetzung. Es sei ihre Pflicht dafür zu sorgen, dass die auf dem Papier vorgesehene Komplementarität auch in der Praxis funktioniere.

Zu diesem Zweck hätten der Exekutivdirektor des Fonds und die Regionaldirektorin in einem Briefwechsel ihre Vereinbarung über einen gemeinsamen operativen Plan für den Zeitraum 2011-2012 besiegelt, der folgende Ziele verfolge:

- a) die Entwicklung von Verfahren für die regelmäßige Zusammenarbeit zwischen dem Fonds und dem Regionalbüro einschließlich seiner Länderbüros,
- b) die Unterstützung besserer gesundheitlicher Ergebnisse auf Länderebene durch verstärkte fachliche Unterstützung und Aufsicht sowie die effektive und effiziente Umsetzung der vom Fonds unterstützten Programme zur Krankheitsbekämpfung,
- c) die optimale Nutzung der Finanzhilfen des Fonds für das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele durch vernünftige fachliche Zusammenarbeit und die Berücksichtigung des Themas Stärkung der Gesundheitssysteme in bestehenden und künftigen Programmen auf Länderebene.

Der Exekutivdirektor des Fonds stellte den operativen Plan im Kontext seiner strategischen Rahmenplanung für den Zeitraum 2012–2016 vor, die derzeit vorbereitet werde. Zu deren ehrgeizigen Zielen gehöre die Gewährleistung, dass drei Millionen Menschen zusätzlich eine antiretrovirale Behandlung gegen HIV/Aids erhielten, dass es ab 2015 keine Todesfälle durch Malaria mehr gebe und dass der Fonds die Hälfte der globalen Behandlungskosten für MDR-Tb finanziere. Damit diese Ziele erreicht würden, seien eine angemessene Finanzierung der Gesundheitssysteme sowie Partnerschaften einer Vielzahl von Akteuren erforderlich.



## **Grußwort der WHO-Botschafterin des guten Willens für die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele in der Europäischen Region**

Die Gattin des georgischen Präsidenten und WHO-Botschafterin des guten Willens Sandra Roelofs stellte fest, dass die Plenartagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Millenniums-Entwicklungsziele (New York, 20.–22. September 2010) mit der Annahme eines Weltaktionsplans geendet sei, durch den die acht Ziele in Bezug auf die Armutsbekämpfung bis zum Zieldatum 2015 erreicht werden sollten. Die Ausweitung der Bemühungen um die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele sei für das gesamte Regionalbüro eine Priorität und auch Bestandteil der Zukunftsvision der Regionaldirektorin. Einige Themen dieser Tagung, etwa „Gesundheit 2020“ und die Erfahrungen der Region mit der Arbeit zu den sozialen Determinanten von Gesundheit sowie der Stärkung der Gesundheitssysteme seien ohne Zweifel auch für beschleunigte Fortschritte in Richtung der Ziele relevant.



## Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regional-Komitees für Europa

(EUR/RC61/4, EUR/RC61/4 Add.1, EUR/RC61/Conf.Doc./1)



Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, der Achtzehnte Ständige Ausschuss (18. SCRC) habe im Laufe des Jahres fünfmal getagt. Auf Anraten des Regionalkomitees während der vorausgegangenen Tagung sei die vierte Tagung des 18. SCRC (Genf, Mai 2011) in offener Sitzung durchgeführt worden und Vertreter aller Mitgliedstaaten der Region seien als Beobachter eingeladen worden. Außerdem sei in Übereinstimmung mit den Bestimmungen aus der Resolution des Regionalkomitees EUR/RC60/R3 die Zahl der Mitglieder im SCRC auf zwölf erhöht worden, wodurch eine breitere und geografisch ausgewogenere Vertretung der Mitgliedstaaten möglich geworden sei.

Die meisten der Schlüsselthemen im Programm der aktuellen Tagung des Regionalkomitees seien vom SCRC in seiner Amtsperiode 2010–2011 geprüft und erörtert worden. Mit Nachdruck unterstütze der SCRC die neue Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“, weil man der Auffassung sei, sie könne allen Mitgliedstaaten Anregungen geben, die ihre eigenen nationalen Konzepte aktualisieren wollen. Der SCRC unterstütze auch einhellig die Absicht der Regionaldirektorin, das Regionalbüro wieder für die vollständige Umsetzung der Charta von Tallinn zu engagieren und, in diesem Zusammenhang, die Arbeit für die öffentliche Gesundheit zu stärken und mit neuem Leben zu füllen. Er begrüße die Initiativen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, hierunter den Aktionsplan Alkohol, und zur Bewältigung von M/XDR-Tb, HIV/Aids und Antibiotikaresistenzen.

Der SCRC unterstütze die Ansichten der Regionaldirektorin hinsichtlich der Notwendigkeit eines starken Sitzes des Regionalbüros in Kopenhagen als zentraler Anlaufstelle für alle Mitgliedstaaten in der Region, wobei konkrete Aufgaben durch Außenstellen und Länderbüros übernommen werden könnten, die voll in das Regionalbüro integriert seien. Auch erkenne der SCRC, dass die Leitungsgremien der Region eine wichtige Rolle zur Unterstützung optimaler Entscheidungen auf globaler Ebene im Rahmen einer dezentralisierten Struktur wahrnehmen.

In Bezug auf zwei konkrete Führungsfragen, mit deren Behandlung der 18. SCRC durch seinen Vorgänger betraut worden sei, empfehle man, dass die Verbindungen zwischen den Ämtern des SCRC und des Regionalkomitees formalisiert werden und dass die Mitgliedstaaten bei der Nominierung von Kandidaten für Exekutivrat und SCRC eine Liste von Kriterien in Bezug auf deren Erfahrung und Fachkompetenz anwenden.

Der Vertreter eines Landes bezog sich auf die im vergangenen Jahr durch das Regionalkomitee getroffene Entscheidung, den Ausschluss einer doppelten Mitgliedschaft in Exekutivrat und Ständigem Ausschuss aufzuheben, und stellte die Überlegung an, dass auch die geografisch-subregionale Eingruppierung der Länder in Zukunft einmal gelockert werden könne, damit tatsächlich die Kandidaten aufgestellt würden, welche die Anliegen der Region auf globaler Ebene am besten vertreten könnten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R9.



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

(EUR/RC61/6)

Das Exekutivratsmitglied aus der Europäischen Region aus Estland und als solches designierte Beobachterin der SCRC-Tagungen, stellte fest, das Sekretariat habe eine umfassende Übersicht der 28 Resolutionen erstellt, die von der 64. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 verabschiedet worden seien (Dokument EUR/RC61/6). Sie wies das Regionalkomitee insbesondere auf Resolution WHA64.2 über die Reform der WHO für eine gesunde Zukunft hin, die auch ein wichtiger Punkt im Programm dieser Tagung sei. Die Weltgesundheitsversammlung habe auch eine Reihe von Resolutionen zu Fachthemen verabschiedet, namentlich zu den Themen Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (WHA64.1), Bereitschaftsplanung für eine Influenzapandemie (WHA64.5), Gesundheitspersonal (WHA64.6), nachhaltige Gesundheitsfinanzierung (WHA64.9) und Trinkwasser, Abwasser und Gesundheit (WHA64.24). Die drei letztgenannten Resolutionen seien von Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region initiiert worden und Delegierte aus der Region hätten aktiv zu allen Debatten der Weltgesundheitsversammlung beigetragen.



## Ansprache der Generaldirektorin der WHO

Nachdem sie einleitend den Fortschritt in Aserbaidschan und das Engagement der höchsten staatlichen Ebene für ein sektor- und ressortübergreifendes Herangehen an Gesundheit und Entwicklung gelobt hatte, machte die Generaldirektorin drei allgemeine Anmerkungen zu Programm und Dokumentation des Regionalkomitees (Anhang 5). Erstens sei die Tagesordnung ehrgeizig und mutig, insbesondere was die Arbeit an „Gesundheit 2020“ betreffe, mit der das Regionalbüro eine verjüngte Herangehensweise an den Bereich öffentliche Gesundheit wage und seine Fähigkeit erneuern wolle, die Gesundheitsministerien in der Bewältigung extrem komplexer aktueller und künftiger Herausforderungen zu unterstützen, von denen viele Kollateralschäden einer Politik anderer Sektoren seien. Zweitens gehe die Region nicht nur gegen gesundheitliche Benachteiligungen, sondern auch gegen deren Ursachen vor, etwa im Rahmen der angeregten Aktionspläne zu den Themen HIV/Aids und resistente Tuberkuloseformen, und versuche die Kapazitäten und Angebote im Gesundheitswesen und damit auch den Zugang zur Versorgung sowie die Wirtschaftlichkeit ihrer Erbringung zu verbessern. Drittens zeigten die angeregten Aktionspläne, dass evidenzbasierte Interventionen, deren Wirksamkeit erwiesen sei, selbst in Zeiten stagnierender oder schrumpfender Gesundheitsbudgets messbare und gerecht verteilte gesundheitliche Zugewinne ermöglichen. Außerdem habe die Umsetzung der Charta von Tallinn gezeigt, dass sich ehrgeizige Zielsetzungen trotz knapper Kassen verwirklichen ließen.

Wie der vorgeschlagene Aktionsplan Alkohol zeige, könnten evidenzbasierte Interventionen und intelligente Grundsatzentscheidungen die Länder dazu befähigen, die Dynamik zugunsten der Gesundheit aufrecht zu erhalten, doch seien hierfür eine sektorübergreifende Zusammenarbeit, die Unterstützung durch Organisationen der Zivilgesellschaft und mehr gestalterischer Einfluss für die Gesundheitsministerien erforderlich. Zwei besorgniserregende Trends, die Handlung auf hoher staatlicher Ebene erforderlich machten, böten auch die Chance, diesen Einfluss zu gewinnen. Erstens bezeugten langjährige soziale

Ungleichheiten, die zu gesellschaftlichen Unruhen, staatlichem Versagen und kriegerischen Auseinandersetzungen führen könnten, dass für eine stabile und sichere Welt mehr Chancengleichheit zum politischen und ökonomischen Gebot der Stunde werden müsse. Zweitens zeige die in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht zunehmende Belastung der Gesellschaft durch nichtübertragbare Krankheiten die Notwendigkeit sektorübergreifenden Handelns; im vorgeschlagenen rigorosen und zielstrebigem Aktionsplan der Region gegen nichtübertragbare Krankheiten seien daher Besteuerung und eingeschränkte Vermarktung zur Verringerung der Nachfrage nach un-gesunden Produkten vorgesehen und es werde angestrebt, durch den rationelleren Einsatz knapper Ressourcen möglichst vielen Menschen optimalen Nutzen zu bringen.

So wie das Regionalkomitee seine gesundheitspolitische Agenda erneuere, so solle auch die WHO reformiert und verjüngt werden, denn sie müsse sich weiterentwickeln, um mit den Veränderungen der gesundheitlichen Bedürfnisse in der Welt seit ihrer Gründung Schritt zu halten, um ihre Prioritäten und Finanzen an dringenden gesundheitlichen Bedürfnissen auszurichten, für deren Erfüllung sie so herausragend positioniert sei, und um ihre Haushalts- und Personalpolitik in Richtung größerer Effizienz, Flexibilität und Durchschlagskraft zu ändern. Um die Führungsrolle der WHO zu stärken – die kohärentere Maßnahmen der vielen Partner befördere und diese so besser an die Prioritäten und Kapazitäten der Länder angleiche – plane die Organisation eine Reform, die umfassend und ehrgeizig (das Erfolgskriterium sei in erster Linie die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse in den Ländern) sein solle und deren Kurs von den Mitgliedstaaten abgesteckt werde. Vor allem aber müsse die WHO so positioniert werden, dass sie aktuelle und künftige Hindernisse für mehr Gesundheit in dieser komplexen Welt überwinden könne. Die Generaldirektorin dankte dem Regionalkomitee dafür, mehr Klarheit in Bezug auf die vielen Herausforderungen zu schaffen und praktikable Lösungsansätze zu ersinnen, die das Wertesystem bekräftigten, das die Tätigkeit der WHO auf allen Ebenen vorantreibe.

Viele Länder aus der Europäischen Region – die traditionell die großzügigste finanzielle Hilfe für die WHO stellten – gestalteten derzeit ihre Entwicklungshilfe unter stärkerer Betonung der Kosten im Verhältnis zum messbaren Nutzen um. Diese Tendenz schaffe für die WHO zwei Probleme, die sie in ihrem Reformprozess werde lösen müssen. Sie müsse den Mehrwert, den sie für Gesundheit und Entwicklung schaffe, insbesondere angesichts der Zunahme hoch profilierter auf ein Thema oder einen Themenkomplex beschränkter globaler Initiativen, besser verdeutlichen, doch sei der Effekt ihrer Arbeit schwer zu messen oder, bis zum Eintreten einer Krise, auch nur zu erkennen. So handle die WHO doch richtig, wenn sie die Behandlungsleitlinien für Aids auf der Grundlage von Erkenntnissen vereinheitliche, ein Verbot ungenauer kommerzieller Bluttests für die Diagnose von Tuberkulose einfordere und Monotherapien gegen Malaria ablehne; doch wie könne man die Wirkung dieser Arbeit messen? Die Generaldirektorin stellte abschließend fest, dass die Welt einen Wächter über die globale Gesundheit benötige, bekundete ihre Entschlossenheit, die einzigartigen Funktionen und Qualitäten der WHO durch die Reform zu stärken, und zeigte sich an den Ansichten des Regionalkomitees zu diesem Prozess interessiert.

In der sich anschließenden Aussprache betonten alle Redner den Wunsch der Mitgliedstaaten, sich an einem erfolgreichen Reformprozess zu beteiligen, der die WHO als demokratische und im globalen Gesundheitsbereich führende Organisation erhalte. Die Mitgliedstaaten sollten sicherstellen, dass die WHO finanziell gut ausgestattet sei und ökonomisch flexibel handeln könne, und sie sollten konsequentere und kohärentere Forderungen an die Organisation richten. Ein Redner forderte, mit der Reform solle auch eine unabhängige externe Prüfung der WHO eingeführt werden. Ein weiterer Redner regte an, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region sollten die Kapazitäten der WHO für den Katastrophenschutz etwa gegen Erdbeben und Hungersnöte erhöhen, indem sie Sachverstand und andere Ressourcen zur Verfügung stellen, wie sein Land es kürzlich getan habe. Außerdem solle die WHO die Gesundheitsminister darin unterstützen, Einschnitte in die Gesundheitsbudgets zu hinterfragen, wie sie in Zeiten finanzieller Krise üblich würden.

In ihrer Antwort wiederholte die Generaldirektorin ihr Bekenntnis zu einer demokratischen WHO und zu einem Reformprozess, der von den Mitgliedstaaten gesteuert werde. Die WHO nutze bereits Experten aus der Europäischen Region in ihrer Arbeit: das diene der Organisation, den Experten und den unterstützten Ländern. Die WHO gehöre zwar den Mitgliedstaaten, diese jedoch seien sehr verschieden. So wollten etwa Länder aus der Europäischen Region schnelle Maßnahmen im Reformprozess sehen, doch eine ebenso große Gruppe anderer Länder wolle erst genauer wissen, welche Konsequenzen dies für die Unterstützung bedeute, die sie von der Organisation erhielten. Wie würden sich die Mitgliedstaaten also auf globale Prioritäten und Maßnahmen in den Regionen und Ländern einigen? Länder aus der Europäischen Region hätten neulich Gesundheitsmaßnahmen der WHO am Horn von Afrika und in Nordafrika unterstützt; doch wie könne die Auswirkung ihrer Rolle als ehrliche Maklerin gemessen werden? Wenn die Ansichten der sechs WHO-Regionen zur Reform von einander abwichen, bleibe die Generaldirektorin willens, Optionen vorzuschlagen und zu beraten und ihnen damit in der Entscheidungsfindung zu helfen.



## Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“

(EUR/RC61/9, EUR/RC61/Conf.Doc./2 Rev.1, EUR/RC61/Inf.Doc./4, EUR/RC61/Inf.Doc./5, EUR/RC61/Inf.Doc./6, EUR/RC61/Inf.Doc./7, EUR/RC61/TD/1)

### Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze

Die Regionaldirektorin erinnerte daran, dass die Region eine lange und stolze Tradition in Bezug auf gesundheitspolitische Konzepte aufweise. Die dem Komitee vorliegenden Dokumente seien als Anregungen für die Länder gedacht, die ihre Gesundheitspolitik verändern wollten, was ja in vielen Mitgliedstaaten der Fall sei. Der vorgelegte Entwurf für eine Gesundheitspolitik unter dem Stichwort „Gesundheit 2020“ sei eine Antwort auf neue gesundheitspolitische Herausforderungen des 21. Jahrhunderts und auf die ungleichmäßigen Fortschritte in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit in der Region. Die angeregte Politik verkörpere die Vision, „dass alle Menschen in der Europäischen Region der WHO in die Lage versetzt und dabei unterstützt“ werden sollen, „ihr volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen und ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden zu erreichen“, und dass alle Länder „einzeln und zusammen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten inner- wie außerhalb der Region“ arbeiten. „Gesundheit 2020“ beruhe, wie auch die Charta von Tallinn, auf Werten, die ihren Ausdruck in Themen fänden wie dem allgemeinen Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung, Chancengleichheit, Zugang zu Versorgung und Chancen auf gesundheitlichen Zugewinn, Solidarität, Nachhaltigkeit, Recht auf Beteiligung an Entscheidungen zur Gesundheit der Person sowie der Gruppe, in der sie lebt, und Würde, doch betone sie Gesundheit in neuer Weise als ein fundamentales Menschenrecht. Sechs übergeordnete Ziele würden angeregt: mehr Zusammenarbeit, mehr Gesundheit, bessere Politikgestaltung und Steuerung für Gesundheit, mehr gemeinsame strategische Ziele, schnellerer Wissensaustausch und mehr Beteiligung.

Die strategischen Ansätze für „Gesundheit 2020“ lägen in der Betonung von Gesundheit und Wohlbefinden, dem Recht auf Gesundheit und dem Zugang zu Versorgung, der zentralen Platzierung des Menschen, der Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, der Beteiligung der gesamten Gesellschaft und des gesamten Staates, der Einbeziehung von Gesundheit in alle Politikbereiche und der Anwendung praktikabler Verfahren gegen die Herausforderungen für öffentliche Gesundheit und Gesundheitssysteme in der Europäischen Region. Die Politik werde auf der Grundlage eines partizipatorischen Prozesses und der systematischen Sammlung von Erkenntnissen entwickelt. Sieben Fragen, die „Gesundheit 2020“ aufgreifen sollte, seien in den Tagungsunterlagen aufgeführt. Die Mitgliedstaaten könnten sich durch Unterstützung der Arbeit, durch Billigung der Vision, der Werte, der übergeordneten Ziele und der Ansätze sowie durch Zusammenarbeit an der Entwicklung der neuen Politik beteiligen. Die Rückmeldung der Mitgliedstaaten sei im Hinblick auf alle Aspekte der vorgeschlagenen Politik wesentlich.

### Governance

#### Ministerrunde: Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert

Der die Diskussion moderierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des ungarischen Parlaments sagte einleitend, „Gesundheit 2020“ sei eine Reaktion auf die Notwendigkeit, die Führungskultur im Gesundheitsbereich sowie die Haltung zu ihr zu verändern und das Thema Gesundheit auf der politischen Tagesordnung weiter nach oben zu rücken. Die Führungsthematik betreffe weit mehr Akteure als nur den Staat und sie alle würden für eine offenere Steuerung der komplexen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden benötigt. Das Podium wolle eine vorläufige Debatte im Rahmen einer Zwischenbilanz führen, die gezogen werde um festzustellen, ob das Regionalbüro in Bezug auf die Werte, Ziele und Schwerpunkte auf dem richtigen Weg sei.

Der Leiter der Grundsatz- und Querschnittsprogramme und Sonderprojekte der Regionaldirektorin stellte fest, bei der Vorbereitung der neuen Politik habe es eine Reihe von Überraschungen gegeben. Zum Beispiel gebe es stark von einander abweichende Auslegungen von Begriffen wie „öffentliche Gesundheit“ und „sektorübergreifende Maßnahmen“. Außerdem gebe es zwar

Erkenntnisse zu Teilaspekten der Politik, doch lägen sie nur in fragmentierter Form vor, und wohl seien Strategien und Pläne entworfen worden, doch habe keine Auswertung stattgefunden im Hinblick darauf, was am besten funktioniere. Mit dem Entwurf solle das verfügbare Wissen aus allen relevanten Sektoren in einem stimmigen Rahmen verdichtet werden, was schon an sich finanzielle Ersparnisse bedeuten würde.

Die Leiterin des Global Health Programme beim Graduate Institute of International and Development Studies in Genf sprach von den neuen Ansätzen der Führungsthematik, die in der an ihrem Institut durchgeführten Studie benannt worden seien. Auch wenn die Regierungen ihre zentrale Rolle in Entscheidungsprozessen behielten, so bedeute die Streuung der Macht, dass mehr Akteure Beiträge leisteten. Neue Ansätze müssten gegen die wirtschaftlichen Realitäten und ungesunden Verhaltensweisen im Alltag gefunden werden, die außerhalb des Kompetenzbereichs von Gesundheitsministerien fielen. Zweck der neuen Herangehensweise an die Führungsthematik sei es, regulatorische und partizipatorische Mechanismen miteinander zu vereinen und Instrumente zur Analyse der Politik der Länder bereitzustellen.

In der sich anschließenden Aussprache schilderten Gesundheitsminister und ihre Vertreter in welchem Ausmaß sie die Prinzipien von „Gesundheit 2020“ in ihre nationalen Pläne integriert hätten. Der Unterstaatssekretär im polnischen Gesundheitsministerium berichtete, dass Fortschritte in Richtung gesamtgesellschaftliche Herangehensweise an die Gesundheit zwar nur langsam erfolgten, dass sich die Zusammenarbeit mit den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Sektoren jedoch stetig ausweite. Der Generaldirektor für Gesundheit Frankreichs sagte, sein Land gehe pragmatisch gegen gesundheitliche Ungleichheiten vor, indem es Gesetze und Vorschriften über den Zugang zur Gesundheitsversorgung erlasse und regionale Gesundheitsagenturen einrichte. Eine Zusammenarbeit maßgeblicher Ministerien sei, soweit angemessen, etabliert worden.

Die Gesundheitsministerin Kasachstans schilderte einige Erfolge ihres Landes im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten und sagte, sie unterstütze den Entwurf von „Gesundheit 2020“ vorbehaltlos. Man müsse immer noch Synergieeffekte zwischen öffentlichem und privatem Sektor ausbauen, den Risikofaktoren mehr Aufmerksamkeit schenken und neue Partnerschaften mit den Nachbarstaaten eingehen. Die Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale Entwicklung der Russischen Föderation erwähnte, dass das Gesundheitssystem ihres Landes in den vergangenen 20 Jahren zahlreiche Veränderungen erlebt habe und es jetzt eine wachsende Zahl privater Einrichtungen und öffentlich-privater Partnerschaften gebe. Die neue Herangehensweise beruhe auf stimmigen, verbindlichen Standards für eine hochwertige Gesundheitsversorgung, regionalem Zugang zu dieser, einer verbesserten Aus- und Fortbildung an den medizinischen Fakultäten und einem nationalen Register der öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen in allen 83 Regionen des Landes. Die Finanzierung sei ein unerlässlicher Baustein eines ausgeweiteten Zugangs zu hochwertiger Gesundheitsversorgung. Auch auf die Informationstechnologie werde gesetzt, wobei der Vertraulichkeit der persönlichen Daten gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werde. Priorität besitze die Präventionsarbeit, an der sowohl der Staat als auch die Gesellschaft beteiligt seien. Diese Reformen seien historisch, könnten anderen Ländern als Modell dienen und harmonisierten perfekt mit den Zielsetzungen der Europäischen Region. Sie könnten auch andere Mitgliedstaaten, vor allem angesichts der Finanzkrise, zur Verschlinkung einer ineffizienten Verwaltung ihres Gesundheitssystems inspirieren.

Der Gesundheitsminister Lettlands sagte, die jüngste Finanzkrise habe sein Land schwer getroffen und auf höchster politischer Ebene zu einem drastischen Umdenken in der Gesundheitspolitik geführt. Die Gesundheitsstrategie für den Zeitraum 2010–2017 beruhe daher nicht auf hochtechnologischer Versorgung im Krankenhaus, sondern auf Konzepten für öffentliche Gesundheit und für Gesundheit in allen Politikbereichen sowie in allem staatlichen Handeln. Der nächste Schritt bestehe in der Aufstellung messbarer Ziele und in der Entscheidung darüber, wie diese erreicht werden sollen.

Der irische Leitende Medizinalbeamte sprach über die neuen Strukturen, die in Irland in den vergangenen Monaten geschaffen worden seien. Früher im Jahr habe eine neue Regierung die Amtsgeschäfte übernommen. Eine neue Regierungsabteilung für Kinder und Jugendliche sei eingerichtet worden und für die primäre Gesundheitsversorgung sei jetzt ein Staatsminister im Gesundheitsministerium zuständig. Ein Kabinettsunterausschuss für Sozialpolitik unter Vorsitz des irischen Premierministers sei geschaffen worden. Der Ansatz von „Gesundheit 2020“ diene dem Gesundheitsministerium als Orientierungshilfe für die Entwicklung seines neuen Rahmenkonzepts für öffentliche Gesundheit und sei auch sinnvoll zur Einbeziehung des politischen Systems. „Gesundheit 2020“ bestätige die Betonung eines fairen Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch sein Land und fördere doch auch zutage, wie viel es in diesem und in anderen Bereichen noch zu tun gebe.

Der Gesundheitsminister der Republik Moldau sprach von zwei Gründen, warum sektorübergreifende Partnerschaften und ein integriertes Vorgehen erforderlich seien: Die Regierungen könnten mit dem stetigen Anstieg der Preise für Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und Gesundheitsleistungen nicht Schritt halten und 85% der Faktoren, die sich auf die

Gesundheit auswirken, fielen nicht in die Kompetenz des Systems der Gesundheitsversorgung. Die aktuelle Gesundheitspolitik seines Landes weise viele Übereinstimmungen mit „Gesundheit 2020“ auf, hierunter die Betonung einer Verlängerung der Lebenserwartung und eines Abbaus der gesundheitlichen Benachteiligungen. Derzeit würden zum Beispiel nur 80% der Bevölkerung seines Landes durch die gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung erfasst. Andererseits verfüge das Land über ein äußerst funktionstüchtiges System der primären Gesundheitsversorgung, das auf dem Gedanken beruhe, die Bevölkerung am Einsatz für eine verbesserte Lebensqualität zu beteiligen.

Der Bürgermeister von Tscherepowez aus der Russischen Föderation sagte, seine Stadt beteilige sich gemeinsam mit weltweit rund 1000 anderen Städten aktiv am Gesunde-Städte-Programm. Auf einer Zusammenkunft der Bürgermeister aus dem Gesunde-Städte-Netzwerk sei neulich in Lüttich (Belgien) darauf hingewiesen worden, dass die Debatte über ein Anheben der Lebensqualität in den Städten neue Anstöße erhalte, wenn in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für „Gesundheit 2020“ geschaffen würde. Die Gesundheitsministerien müssten an solchen Verbesserungen mitwirken, doch gelte das ebenso für Ausbildungseinrichtungen, Verkehrsgesellschaften und andere Betriebe in den Händen der Städte.

Der Vorsitzende des 19. SCRC sagte in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der mit der Definition von Zielen für „Gesundheit 2020“ befassten Arbeitsgruppe, dass auf der früher am Tag veranstalteten Fachinformationsveranstaltung nachdrückliche Unterstützung für die Ziele auf Ebene der Europäischen Region sowie für „Gesundheit 2020“ insgesamt zum Ausdruck gebracht worden sei. Es sei darauf hingewiesen worden, dass auf den Erfahrungen der Vergangenheit, insbesondere mit der Strategie „Gesundheit für alle“ und der Charta von Tallinn, aufgebaut werden müsse und dass Ziele für alle Bereiche aus „Gesundheit 2020“ aufgestellt werden sollten, auch für neue Themengebiete wie Wohlbefinden und Führungsfragen. Die Europäische Region solle im Aufstellen von Zielen den Weg weisen und hierdurch andere Regionen zur Nachahmung inspirieren. Die Ziele sollten relevant, spezifisch und erreichbar sein, zugleich relativ und absolut formuliert werden und allen Ländern einen Beitrag zu dem Prozess ermöglichen. In seiner Eigenschaft als schwedischer Generaldirektor für Gesundheit fügte er hinzu, dass in seinem Land die Zuständigkeit für öffentliche Gesundheit zwar von der früher eigenständigen Stelle auf den Gesundheitsminister übergegangen sei, dass dies sich darin jedoch nicht ein geringerer Stellenwert des Themas ausdrücke, sondern dass dies vielmehr der größeren Betonung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen und der Notwendigkeit einer stärkeren Ausrichtung auf die Perspektive der öffentlichen Gesundheit zuzuschreiben sei.

Der Vertreter der Niederlande sagte mit Bezug auf die Grundsatzempfehlungen aus der Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit, dass die weiter gefassten sozialen Determinanten von Gesundheit nicht in den Aufgabenbereich der Gesundheitsminister fielen: diese seien damit beschäftigt, eine bezahlbare und zugängliche Gesundheitsversorgung zu erhalten, chronische Krankheiten und Alterungsprozesse zu beherrschen und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu unterstützen – Aspekte ihrer Arbeit, die stärker in „Gesundheit 2020“ reflektiert werden sollten. Der Schwerpunkt solle auf evidenzbasierten Interventionen liegen, die eher Maßnahmen ermöglichen, als vorschreiben.

Um das gemeinsame Ziel voranzutreiben, „Gesundheit 2020“ möglichst wirkungsvoll zu gestalten, rege sein Land an, den Resolutionsentwurf aus Dokument EUR/RC61/Conf.Doc./2 zu ändern, indem die Absätze 3 bis 8 im Beschlussteil durch folgenden Absatz ersetzt würden: „ERSUCHT die Regionaldirektorin, vor der 62. Tagung des Regionalkomitees die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten fortzusetzen und [die Politik „Gesundheit 2020“] nach dem vorliegenden Orientierungsrahmen und Konzept auszuarbeiten und den abschließenden Entwurf den Mitgliedstaaten bis zur 65. Weltgesundheitsversammlung vorzulegen und ferner evidenzbasierte Instrumente und vorbildliche Praktiken zu entwickeln, die in den Kapazitätsaufbau einfließen und die Umsetzung von Maßnahmen beschleunigen sollen.“

In der sich anschließenden Diskussion bekundeten die meisten Redner ihre Unterstützung für diesen Änderungsvorschlag. Mehrere Delegierte erklärten, ihre Länder würden „Gesundheit 2020“ als Grundlage für ihre nationalen Gesundheitsstrategien verwenden. Die Bedeutung eines gemeinsamen Konzeptes gegen gemeinsame Herausforderungen für die gesamte Europäische Region wurde hervorgehoben.

In anderen Wortmeldungen wurde auf die Aktualität von „Gesundheit 2020“ hingewiesen. Dafür gebe es verschiedene Gründe: Die Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten sei weiter problematisch hoch; die Risikofaktoren – Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchen – wirkten sich zeitlich verzögert aus. Prävention, Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen seien entscheidend für mehr Gesundheit, doch auch hier trete eine Verzögerung auf, bevor sich positive Resultate einstellten. Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit gestalteten sich zunehmend komplex und machten die Beteiligung verschiedener staatlicher Institutionen und Ressorts erforderlich. Bessere Lösungen für Verkehrsprobleme würden



zum Beispiel nicht nur Gesundheit und Wohlbefinden zugute kommen, sondern auch der Umwelt. Die Wertvorstellungen von „Gesundheit 2020“ könnten durch eine verbesserte Fähigkeit zur Durchführung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen, eine gestärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit auf subregionaler Ebene und ein insgesamt stärkeres politisches Engagement verwirklicht werden. „Gesundheit 2020“ könne als Katalysator für Bemühungen dienen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung auszuweiten und gerechter zu gestalten.

„Gesundheit 2020“ müsse auch vor dem Hintergrund der Reform der WHO wahrgenommen werden, der einige Redner höhere Priorität beimaßen. Der Inhalt der Politik müsse in Konsultationen mit den verschiedenen Ländern, Politikbereichen und Akteuren noch präzisiert werden. Angesichts der Heterogenität der Länder der Europäischen Region sei es wichtig, die Länder nicht noch mit zusätzlichen Anforderungen an die Datenerhebung zu belasten und die Zahl der Indikatoren überschaubar zu halten. Die vorhandenen Indikatoren sollten genutzt werden, die Berichtslast dagegen nicht erhöht. „Gesundheit 2020“ sei eine ehrgeizige Strategie und die Mitgliedstaaten müssten über die finanziellen Konsequenzen für das Regionalbüro informiert werden. In Bezug auf Transparenz und Effizienz sowie angemessene Daten und Evidenz in Bezug auf vorbildliche Praktiken herrsche deutlicher Handlungsbedarf. Ebenso wichtig sei die Fähigkeit, gesundheitliche Argumente zu vermitteln, doch dabei müssten die Anliegen anderer Akteure bzw. Politikbereiche beachtet werden. In „Gesundheit 2020“ solle deutliches Gewicht auf die primäre Gesundheitsversorgung und auf Prävention gesetzt werden.

In seiner Zusammenfassung sagte der Moderator, dass „Gesundheit 2020“ als ein Kompass dienen könnte, dass es aber noch zu früh sei vorherzusagen, ob es ein globales System zur Positionsbestimmung in der Wahl des richtigen Weges zu den besten gesundheitspolitischen Entscheidungen werden könne.

## Das Gesundheitsgefälle

### **Ministerrunde: Erfahrungen der Europäischen Region im Umgang mit den sozialen Determinanten von Gesundheit**

Der leitende Herausgeber von The Economist Intelligence Unit in London eröffnete als Diskussionsleiter die Runde mit der Feststellung, dass die Diskussion angesichts des aktuellen Klimas aus sozialem Wandel und Umstrukturierung sehr auf der Höhe der Zeit sei. Soziale Determinanten seien der Eckstein einer Gesundheitspolitik, die sich um die Beseitigung von Benachteiligungen bemühe. Die Regionaldirektorin wiederholte, dass es innerhalb der Region große Divergenzen im Gesundheitsbereich gebe. Der Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit sei in Auftrag gegeben worden, um die für den Aufbau der Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten relevanten Erkenntnisse und Zusammenhänge zu bündeln.

Der Leiter der Abteilung für Bevölkerungsgesundheit am University College London sagte, die gesundheitlichen Ungleichheiten machten Handlung zu einem moralischen Gebot. Obwohl klar sei, dass derartige Ungleichheiten nur überwunden werden könnten, wenn ihre Ursachen beseitigt würden, seien weder die Gesundheitsberufe noch die Gesundheitsminister für diese Aufgabe gerüstet. Sie müssten sich nicht nur für Ärzte, sondern auch für Patienten und für die Gesundheit insgesamt einsetzen, indem sie den universellen Zugang zu hochwertiger primärer Gesundheitsversorgung garantierten, Überzeugungsarbeit leisteten und sektorübergreifend arbeiteten und die besten Erkenntnisse über die sozialen Determinanten von Gesundheit nutzten. Der Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit sei in einer Reihe von Ländern und Städten aufgegriffen worden und habe eine unaufhaltsame Bewegung zu mehr Chancengleichheit ausgelöst.

Der Präsident des belgischen Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, bezog sich auf einen Bericht über gesundheitliche Ungleichheiten, den die König-Baudouin-Stiftung 2007 erstellt habe und der zeige, dass Bildungsniveau, sozialer Status und Einkommen sich auf die Gesundheit der Menschen auswirkten. Empfohlen würden ein integriertes Konzept mit verstärkter primärer und präventiver Gesundheitsversorgung, eine ganzheitliche und an den Lebensphasen orientierte Gesundheitspolitik, ein leichter Zugang zur Gesundheitsversorgung, Maßnahmen auf nationaler Ebene, die Verwendung evidenzbasierter Konzepte und die Förderung gesunder Lebensweisen. Damit die Kosten der Inangriffnahme sozialer Determinanten akzeptiert würden, müsse erst ein Bewusstsein für sie geschaffen werden. Es stellte auch fest, dass Belgien sein Gesundheitsbudget trotz wirtschaftlich schwieriger Rahmenbedingungen jährlich um 4% erhöht habe.

Der Gesundheitsminister der Türkei sagte, das Konzept von Gesundheit als einem grundlegenden Menschenrecht bilde eine Grundlage für die Forderung nach Chancengleichheit und es sei die Aufgabe der Gesundheitsminister, dies auf nationaler und internationaler Ebene zu verdeutlichen. Er regte an, dass die Vereinten Nationen Gesundheit als fundamentales Thema aufgreifen, denn die durch nichtübertragbare Krankheiten verursachte Sterblichkeit sei ebenso ernst zu nehmen, wie die auf Terrorismus und Krieg zurückzuführende. In der letzten Finanzkrise seien die ersten Kürzungen in staatlichen Gesundheitsbudgets vorgenommen worden; Prioritäten müssten aber auf der Grundlage von „Gesundheit 2020“ geändert werden. Unter Verweis auf steigende Kosten und Maßnahmen für mehr Kosteneffizienz in der Region bemerkte er, dass in seinem Land die Pro-Kopf-Ausgaben für die gesamte Gesundheitsversorgung 600 US-\$ betragen und dies sich als hinreichend erwiesen habe, im ganzen Land eine nachhaltige Gesundheitsversorgung anzubieten.

Der Minister für Gesundheit und soziale Solidarität Griechenlands bekräftigte, dass die Lebensbedingungen einen größeren Einfluss auf die Gesundheit hätten als Arzneimittel und Gesundheitssystem. Sein Land mache derzeit die schwerste finanzielle Krise seit dem Zweiten Weltkrieg durch und müsse 30% mehr Patienten als im Jahr 2009 mit nur 80% des damaligen Budgets verkraften. Die Hälfte der neuen Patienten seien legale und illegale Immigranten sowie Obdachlose mit chronischen Gesundheitsproblemen. Diese Situation versuche man in den Griff zu bekommen, indem man das öffentliche Gesundheitssystem reorganisiere, Gesundheitsförderung und Vorsorge ausbaue, in den Schulen Gesundheitserziehung einführe, Reihenuntersuchungen für gefährdete Bevölkerungsgruppen anbiete, Arbeitsschutzbestimmungen erlasse, ungesunde Produkte wie zuckerhaltige Getränke besteuere, körperliche Betätigung sowie eine gesunde mediterrane Ernährungsweise fördere und den Missbrauch, die Verschwendung und die sinnlose Verschreibung von Arzneimitteln bekämpfe.

Die Leitende Medizinalbeamtin des Vereinigten Königreichs sagte, dass in ihrem Land ein Kabinettsausschuss mit der Thematik der öffentlichen Gesundheit und der sozialen Determinanten befasst sei. Das Gesundheitsministerium würde zu einem Sozialministerium umgebildet und durch ein neues Gesundheitsgesetz würde die Gleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung und in ihren Ergebnissen gesichert. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sollten so formuliert werden, dass alle staatlichen Stellen die Konzepte verstünden. Es sollten also nicht nur ökonomische Argumente, sondern auch „sozialisierte“ Konzepte in einfacher Form vorgebracht werden. In ihrem Land sei in einem solchen Prozess der „Sozialisierung“ von Gesundheit in Gesprächen mit anderen Ministerien die Unterstützung beider Seiten gewonnen worden.

Der Minister für Gesundheit und Soziales der Republik Srpska, Bosnien und Herzegowina, sagte, die Gesundheitsministerien beschäftigten sich in ihrer täglichen Arbeit mit Krankheiten, Krankenhäusern und der Bereitstellung von Arzneimitteln und Technologien, aber nicht mit den Determinanten von Gesundheit. In seinem Land falle allerdings die soziale Wohlfahrt in den Bereich des Gesundheits- und nicht des Arbeitsministeriums wie in anderen Ländern. Die Regierung dränge die örtlichen Gemeinschaften dazu, Wohlfahrtsleistungen in den Zentren der primären Gesundheitsversorgung anzubieten, damit diese den realen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht würden.

Der Minister für Gesundheit Maltas sagte, Überzeugungsarbeit sei das wichtigste Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Gesundheit sei mit Wohlstand gleichzusetzen und eine Rückdrängung der nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region wäre angesichts des enormen Aderlasses an Ressourcen, den sie sonst verursachen würden, auch ein Beitrag zur Verbesserung der wirtschaftlichen Lage. Mit der Migration kämen auch neue Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden und außerdem auch neue soziale Normen in die Region. Die neuen Bürger benötigten Hilfe und diese Belastung müsse breiter auf die gesamte Region verteilt werden.

Die Leitende Medizinalbeamtin Dänemarks sagte, ihr Land habe den Bericht über die sozialen Determinanten von Gesundheit als Ausgangspunkt für Maßnahmen gegen die gesundheitlichen Ungleichheiten genutzt. Obwohl Dänemark über ein hoch entwickeltes Wohlfahrtssystem verfüge, hätten sich die sozialen Ungleichheiten in den vorangegangenen 20 Jahren verdoppelt. Die Regierung habe 12 Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit und 58 Initiativen samt Indikatoren benannt, mit denen gegengesteuert werden solle. Konzertierte Maßnahmen zum Abbau der Ungleichheiten erforderten enge Zusammenarbeit, politische Prioritätensetzung sowie Führungskompetenz und Überzeugungsarbeit.

Der Generaldirektor für den Schutz und die Stärkung der Gesundheit im Vereinigten Königreich schilderte als Vertreter des SCRC die ausgiebigen Diskussionen und Konsultationen, die der SCRC in der ersten Vorbereitungsphase für „Gesundheit 2020“ veranstaltet habe. Gesundheit ginge jeden etwas an und erfordere integrierte Maßnahmen und eine bessere Leistung der Gesundheitssysteme

sowie vereinbarte Ziele, Zielvorgaben und Indikatoren. Er räumte ein, dass die Mitgliedstaaten Zeit benötigten, den Entwurf der Politik „Gesundheit 2020“ zu behandeln und ihre Ansichten zu äußern; allerdings hätten die Podiumsmitglieder deutlich demonstriert, wie sehr der Entwurf ihnen helfen könne, gesundheitspolitische Herausforderungen zu meistern.

Der Leiter der Außenstelle des Regionalbüros in Venedig für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung sagte, die Arbeit mit den sozialen Determinanten von Gesundheit habe durch eine Reihe von Initiativen an Schwung gewonnen. Sein Büro erhalte immer mehr Anfragen um Unterstützung in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit. Man müsse noch mehr über die praktischen Auswirkungen der Konzepte und Strategien wissen, um die Erkenntnisse auf konkrete Situationen anwenden, Grundsätze und Werkzeuge verfeinern sowie Schulung und Kapazitätsaufbau in den Ländern betreiben zu können.

Der Minister für Gesundheit und soziale Solidarität Griechenlands sagte, er werbe für sein Bemühen um die Überwindung gesundheitlicher Benachteiligungen vor dem Hintergrund der finanziellen Krise, indem er schlicht die Wahrheit sage: Er nenne die Ausgaben für die Gesundheit und vergleiche sie mit dem Gegenwert an Leistungen, welche die Bevölkerung dafür erhalte. Er würde sich als Minister für Gesundheit und nicht als Minister für Krankheit und Krankenhauseinweisungen vorstellen und dabei nicht nur auf kurative Behandlung, sondern auch auf körperliche Betätigung, mediterrane Ernährung und Rauchverzicht abheben. Seine Strategie funktioniere tatsächlich: Es zahle sich aus, reinen Wein einzuschenken.

Ein Redner regte an, die Anbieter von Gesundheitsleistungen sollten die gesundheitlichen Benachteiligungen schon in Angriff nehmen, bevor ein Konsens mit anderen Sektoren erzielt sei, damit keine Zeit verloren würde. Ein anderer Redner begrüßte die Ausführungen des maltesischen Gesundheitsministers zu den Migranten und sagte, dass die Menschenrechte der Migranten, die Finanzierung der Maßnahmen zu ihrer Unterstützung und die saisonale Migration ernstzunehmende Herausforderungen darstellten. Sein Land sei sehr daran interessiert, dass „Gesundheit 2020“ erscheine, da es dringend erforderlich sei, neue Impulse zur Lösung gesellschaftlicher Probleme zu erhalten, wie dies auch schon durch die Strategie „Gesundheit für alle“ und die Charta von Tallinn erreicht worden sei.

Die Erkenntnisse deuteten darauf hin, dass die wachsenden Ungleichgewichte in der Gesundheit der Bevölkerungen in der Europäischen Region einem Gefälle in der Erbringung der Gesundheitsversorgung zuzuschreiben seien: je geringer die soziale Stellung einer Person, desto schlechter ihre Gesundheit. Die Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten müssten demgemäß proportional zum Grad der Benachteiligung sein. Gesundheitliche Ungleichheiten ließen sich vermeiden, doch nur wenn realistisch vorgegangen würde und die Staaten politische Entscheidungen trafen. Ein interessanter Beitrag handelte von der Gesundheit der Roma im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eines Landes sowie von den Bemühungen dieses Landes um eine Reduzierung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle und des Tabakkonsums.

Eine Reihe von Änderungsvorschlägen wurde im Zusammenhang mit dem Dokument EUR/RC61/9 über „Gesundheit 2020“ unterbreitet. Es solle ein Bezug zur Problematik der internen Kooperation in nationalen Gesundheitssystemen hergestellt werden. Zu der Thematik des beschleunigten Wissensaustausches und der Innovation gehöre auch die Erwähnung von Transparenz in Bezug auf die Qualität. Qualität solle selbst in „Gesundheit 2020“ als einer der Werte figurieren. Das Konzept der Nachhaltigkeit solle um den Aspekt der Kosteneffizienz erweitert werden. Die Liste der strategischen Annahmen solle erweitert werden durch eine Bezugnahme auf die Bestätigung fundamentaler Veränderungen an den Gesundheitssystemen in den kommenden Jahrzehnten und auf die Notwendigkeit, dass der Gesundheitssektor Erkenntnisse vorlege, wirtschaftlich argumentiere und anderen Sektoren zuhöre und sich mit ihnen austausche. Zielvorgaben und Indikatoren sollten auf der Grundlage allgemein relevanter und erprobter Parameter ausgewählt werden und ihre Anwendung müsse für Akteure aller Ebenen möglich sein.

Es wurde der Vorschlag unterbreitet, in den Entwurf der Resolution einen Hinweis auf die Notwendigkeit aufzunehmen, den vulnerablen Gruppen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Ein weiterer Redner wies dagegen darauf hin, dass die Politik universell einsetzbar sein und nicht einzelne Gruppen stigmatisieren solle.

Der Leiter der Abteilung für Bevölkerungsgesundheit am University College London bemerkte zum Verlauf der Diskussion, dass er die Unterstützung eines ganzheitlichen Ansatzes zur Überwindung gesundheitlicher Benachteiligungen als Ermutigung auffasse. In Bezug auf die Forderung nach unmittelbarer Handlung vor Erreichen eines sektorübergreifenden Konsenses warnte er davor, kurzfristige Interessen gegen langfristige Lösungen einzutauschen. Die Perspektive der Zivilgesellschaft sei entscheidend: Konzepte sollten nicht nur vom Staat verordnet werden, sondern auch von unten her wachsen. Abschließend zitierte er den früheren

Generaldirektor der WHO Dr. Lee Jong-Wook, der 2005 gesagt habe, dass die Konferenz von Alma-Ata und die Gründung der WHO Augenblicke großer Klarheit gewesen seien: Er selbst hoffe, dass dies auch für die aktuelle Arbeit gegen gesundheitliche Benachteiligungen zutrefte. Wie die derzeitige Generaldirektorin gesagt habe, müsse Chancengleichheit im Zentrum aller Bemühungen der WHO stehen.

Der Leiter der Grundsatz- und Querschnittsprogramme und Sonderprojekte der Regionaldirektorin sagte, die Diskussion sei sehr wertvoll für ihn gewesen, weil sie durch Erfahrungen aus der wirklichen Welt gezeigt habe, dass „Gesundheit 2020“ zu den Herausforderungen Stellung beziehe, mit denen die Mitgliedstaaten konfrontiert würden. Das Konzept sei kein akademisches Unterfangen: Es müsse auf einer gemeinsamen Vision und auf der Grundlage der realen Erfahrungen der Staaten beruhen. Man werde versuchen, weitere Erkenntnisse für die Ausgestaltung des Dokuments zu sammeln. Zahlreiche Beiträge hätten sich auf die divergierende und im Wandel begriffene soziale Landschaft der Region bezogen: „Gesundheit 2020“ könne einen Rahmen für den Umgang mit außergewöhnlichen Umständen und neuen Herausforderungen abgeben. Alle Anregungen der Mitgliedstaaten würden für die weitere Arbeit an der Politik in Betracht gezogen. Die skizzierten Zielvorgaben seien weder Rezept noch Blaupause und würden den Ländern auch nicht vorgeschrieben, sondern sollten von ihnen zu ihren eigenen Zwecken eingesetzt werden. Die Konsultationen seien so breit gefächert angelegt wie möglich, doch könne es hilfreich sein, wenn die Länder selbst mit Akteuren, nichtstaatlichen Organisationen und anderen Sektoren berieten und die Ergebnisse in ihre Diskussionsbeiträge einbezögen.

Die Regionaldirektorin sagte nach der Podiumsdiskussion, diese habe gezeigt, dass sich tatsächlich eine neue Dynamik für einen anderen Umgang mit den sozialen Determinanten bilde und dass sie dies selbst auf ihren Reisen durch die Europäische Region wahrnehmen könne. Die Minister aus Griechenland und der Republik Moldau hätten beide anerkannt, dass die Finanzkrise ihnen den Anstoß gegeben habe, die steigenden Gesundheitskosten in Angriff zu nehmen. Es habe wie Musik in ihren Ohren geklungen, mit welchem Nachdruck die Perspektive der öffentlichen Gesundheit vertreten worden sei, die so sehr ein Teil des Auftrags der WHO sei.

Es sei auch hervorgehoben worden, dass eine vernünftig formulierte „Gesundheit 2020“ anderen Regionen als Beispiel dienen könne. Das Regionalbüro sei davor gewarnt worden, den Staaten weitere Meldelasten aufzubürden, und diese Warnung würde beachtet. Es sei daran erinnert worden, dass die Hauptaufgabe eines Gesundheitsministers darin bestehe, sein Ressort auszufüllen und nicht etwa andere Sektoren zu beeinflussen. Allerdings handle der gesamtstaatliche Ansatz davon, politische Fühler auszustrecken und als Gesundheitsressort mehr Gewicht zu gewinnen, wie die Generaldirektorin es ausgedrückt habe.

Vorsicht vor zu viel Optimismus hinsichtlich der Ergebnisse sei geboten: daher seien die Beobachtungsmechanismen, Werkzeuge und Instrumente für die Dokumentation des sektorübergreifenden Prozesses notwendig. Es sei darauf hingewiesen worden, dass „Gesundheit 2020“ mit der Reform der WHO konform gehen müsse, und dem stimme sie zu. Es sei auch darauf hingewiesen worden, dass das Recht auf Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht sei, und dass dies nicht vergessen werden dürfe, wenn die Fragen der Chancengleichheit in Angriff genommen würden. Sie dankte allen Rednerinnen und Rednern für ihre wertvollen Beiträge. Das Regionalbüro habe gehört, was es benötigt habe: Dass es sich auf dem richtigen Weg befinde.

Der Diskussionsleiter drückte in seinen Schlussbemerkungen die Hoffnung aus, dass die Weltkonferenz über die sozialen Determinanten von Gesundheit, die im Oktober 2011 in Rio de Janeiro stattfinden werde, ein Alma-Ata-Augenblick werde.

Ein Vertreter der Europäischen Allianz für öffentliche Gesundheit gab eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R1.

## Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC61/10, EUR/RC61/11,  
EUR/RC61/Conf.Doc./3 Rev.2,  
EUR/RC61/Inf.Doc./1, EUR/RC61/Inf.Doc./2,  
EUR/RC61/Inf.Doc./9)



### Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn und den weiteren Weg

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit schilderte kurz die Anstrengungen der Länder der Europäischen Region zur Umsetzung der Charta von Tallinn und nannte eine Reihe von Beispielen. Ferner erläuterte er, wie das Regionalbüro die Mitgliedstaaten dabei unterstützt habe, und skizzierte den Prozess bis zu dem 2015 vorzulegenden Abschlussbericht über die Umsetzung der Charta und erläuterte deren Verbindung zu „Gesundheit 2020“. Die Länder setzten die Wertvorstellungen und Grundsatzziele der Charta in die Praxis um und hätten im Regionalbüro einen ihrer wichtigsten Partner, auch wenn die Finanzkrise ein Festhalten an diesen Werten erheblich erschwere: die Förderung bzw. Aufrechterhaltung von Solidarität und Chancengleichheit in den Gesundheitssystemen; die Ausweitung bzw. Beibehaltung von Investitionen in Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung; eine Schwerpunktlegung auf Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen und deren Rückmeldung an die Entscheidungsträger; und den Versuch, die Patienten in den Mittelpunkt der Gesundheitssysteme zu stellen. Die wichtigste Aufgabe für die WHO bestehe darin, durch Publikationen, Schulungen, Tagungen und Netzwerke ein länderübergreifendes Lernen zu fördern. Insbesondere die vom Regionalbüro unterstützten Studien über Zahlungen aus eigener Tasche und die bevorstehende Überprüfung der politischen Reaktionen der Länder in der gesamten Region durch das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik würden zum Schutz der einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen wie auch der Gesundheitssysteme vor abrupten externen Einflüssen beitragen.

Im Hinblick auf die Ausarbeitung des 2015 fälligen Berichts an das Regionalkomitee benötige das Regionalbüro inhaltliche Beiträge der Mitgliedstaaten, um Fortschritte dokumentieren, nützliche Lehren aus den Gesundheitsreformen ziehen und die Wirkung der Charta von Tallinn bewerten zu können. Mit der „Agenda nach Tallinn“ wolle das Regionalbüro sicherstellen, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme auch zu verbesserten gesundheitlichen Resultaten führe. Dies solle durch folgende Maßnahmen geschehen: Verfolgung eines Ansatzes, der als Schwerpunkte die erwarteten Resultate, die grundlegenden Leistungen und die Hindernisse für eine optimale Leistungserbringung beinhalte; Bereitstellung eines Maßnahmenpaketes zur Unterstützung der Mitgliedstaaten, wie dem Regionalkomitee als Entwurf vorgelegt (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./9); und Konzipierung einer Strategie, um zu gewährleisten, dass die Länderbüros mit Unterstützung von Experten und Partnerorganisationen auf nationaler Ebene ihren Gastländern den benötigten Sachverstand im Hinblick auf die Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zur Verfügung stellen können. Die aus der Umsetzung der Charta gezogenen Lehren seien in die Entwicklung von „Gesundheit 2020“ eingeflossen. Die beiden Themenbereiche wiesen zahlreiche Synergiefelder auf, und „Gesundheit 2020“ werde in verschiedenen Bereichen Fortschritte bei der Umsetzung der Charta begünstigen, namentlich in der Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und bei der Neubelebung des Aspektes der Bevölkerungsgesundheit.

### Ministerrunde: Entscheidende Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO und die Rolle des Regionalbüros

Der Moderator der Diskussion, ein leitender Wissenschaftler beim King's Fund in London, wies darauf hin, die Ergebnisse seiner Forschung belegten eine unzureichende Koordinierung der Gesundheitsversorgung in zahlreichen Ländern, doch Öffentlichkeit und Politik erwarteten gleichermaßen von den Gesundheitsministerien mehr Transparenz und konsequente Anstrengungen zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme in allen Bereichen ihrer Zuständigkeit. Sämtliche Podiumsteilnehmer würden gebeten, auf eine allgemein formulierte Frage zu antworten, nämlich welches Thema sie für das wichtigste im Hinblick auf die Stärkung des Gesundheitssystems in ihrem Land hielten, und wie die WHO sie auf diesem Gebiet am wirksamsten unterstützen könne. Ferner solle jeder Podiumsteilnehmer auch eine zweite, individuell auf ihn zugeschnittene Frage beantworten.

Der estnische Minister für Soziales erinnerte daran, dass 2008 auf der Konferenz von Tallinn Vertreter der Gesundheits- und Finanzministerien über Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand diskutiert hätten. Kurz darauf habe die Wirtschaftskrise eingesetzt, und die Charta von Tallinn habe sich für die Länder als ein nützliches Instrument bei der Einleitung der erforderlichen Veränderungen in den Gesundheitssystemen erwiesen, insbesondere im Hinblick auf die Leistungsbewertung. Er teilte dem Regionalkomitee mit, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme wahrscheinlich auch Gegenstand der EU-Ratspräsidentschaft seines Landes im Jahr 2018 sein werde. Auf eine konkrete Frage nach der Gesundheitsfinanzierung vor dem Hintergrund der Krise antwortete der Minister, sein Land habe damals glücklicherweise über Reserven verfügt, so dass der Gesundheitsetat tatsächlich von 5,3% auf 7% des BIP angewachsen sei. Darüber hinaus seien die Verbrauchssteuern auf Tabak und Alkohol erhöht worden. Die wichtigste Lehre bestehe aus seiner Sicht darin, dass die Länder während eines Konjunkturerinbruchs schnell reagieren müssten.

Der griechische Minister für Gesundheit und soziale Solidarität erklärte, für sein Land seien vor allem drei Themen entscheidend gewesen: a) die Folgen der Wirtschaftskrise und namentlich der Rückgang der Ausgaben der Bürger für Gesundheit und die daraus resultierende Erhöhung der Nachfrage nach Leistungen der öffentlichen Hand; b) die Einschleppung übertragbarer Krankheiten durch illegale Immigranten, von denen jährlich etwa 100 000 nach Griechenland kämen; und c) die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten. Mit Blick auf letztere Tatsache sehe er der Einweihung der Außenstelle in Athen mit Zuständigkeit für nichtübertragbare Krankheiten durch die Regionaldirektorin in zehn Tagen erwartungsvoll entgegen.

Der Gesundheitsminister Litauens war der Ansicht, für sein Land bestehe die größte Schwierigkeit darin, dafür zu sorgen, dass „auf dem Papier“ angenommene Strategien auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt würden. Wichtig sei auch, auf die Einstellungen der Bürger einzuwirken, damit diese mehr Wert auf Gesundheit legten und ihr Gesundheitsverhalten entsprechend änderten. In beiden Bereichen hätten das Regionalbüro und das Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik wertvolle Hilfe geleistet.

Als Antwort auf eine konkrete Frage räumte der Gesundheitsminister der Republik Moldau die Bedeutung einer Koordinierung der Gesundheitsversorgung ein, insbesondere für chronisch Kranke, und erklärte, sein Land habe sich in diesem Bereich kurz- und mittelfristige Ziele gesetzt. Für die Koordinierung der Leistungserbringung vor Ort solle ein Mechanismus eingerichtet werden, und die Aufgaben und Funktionen der primären Gesundheitsversorgung sollten gestärkt werden, während die Reformen im öffentlichen Gesundheitswesen fortgesetzt würden. Ferner würden Mechanismen zur Qualitätssicherung und Verfahren zur Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen eingeführt, wobei das Büro der WHO in Barcelona beratend zur Seite stehe.

Der Gesundheitsminister der Türkei nannte als größtes Hindernis für die Stärkung des Gesundheitssystems in seinem Land Personalengpässe im Gesundheitswesen. Die Leistungen des Gesundheitswesens seien gut zugänglich, und die Nachfrage nach ihnen steige, was zu einer Überlastung des vorhandenen Gesundheitspersonals führe. Für den Vergleich der Gesundheitssysteme der Länder stelle das Fehlen zuverlässiger Statistiken ein Hindernis dar. Wenn die WHO Leitlinien für die Methoden zur Datenerhebung veröffentliche, so würden dadurch Vergleiche zwischen den Ländern erleichtert.

In der anschließenden Diskussion schilderten verschiedene Redner die Maßnahmen ihrer Länder zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Als Bereiche, in denen Verbesserungen erzielt worden seien, wurden u. a. genannt: Prävention und Bekämpfung von MDR-Tb (unter Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit), die Entwicklung von Netzwerken und „Betreuungskreisen“ für psychisch Kranke, die weitere Versorgung von Aids-Patienten durch Allgemeinärzte und die Abstimmung der Grundsätze für den Einsatz von Antibiotika.

Ein Mitglied des SCRC, das im Namen des Ausschusses das Wort ergriff, erinnerte daran, dass die Regionaldirektorin im vergangenen Jahr ein erneuertes Bekenntnis zur Bedeutung der Bevölkerungsgesundheit sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme abgegeben habe. Seitdem habe das Sekretariat umfangreiche strategische Überlegungen angestellt, die zur Bereitstellung eines nützlichen Maßnahmenpaketes zur Unterstützung für die Mitgliedstaaten geführt hätten. Die von den Vertretern der Länder geschilderten Beispiele belegten deutlich, dass diese bei der Umsetzung der Grundsätze der Charta von Tallinn in die Praxis auf bestem Wege seien.

In einer Erwiderung auf die Beiträge der Teilnehmer lobte die Generaldirektorin Estland für seine antizyklischen Investitionen im Gesundheitsbereich und stimmte zu, dass zur Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen und zur Rückmeldung der Ergebnisse an die politisch verantwortliche Instanz belastbare Daten erforderlich seien. Zwar fehlten weltweit ca. 4 Mio. Ärzte, doch sei es wichtig, den Bereich der Gesundheitsversorgung zu „entmystifizieren“ und zu zeigen, dass etwa zur Behandlung von Aids-Patienten oder Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten (Diabetes, Bluthochdruck) nicht immer Ärzte benötigt würden. Die Länder könnten sich nur ein Gesundheitssystem leisten; deshalb müsse eine vertikale wie horizontale Integration stattfinden. Wenn Ergebnisse, Ressourcen und Verantwortlichkeiten klar festgelegt würden, könnten erfolgreiche Allianzen entstehen, die viel für die Menschen bewirken könnten.



## **Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen**

Der Direktor für Programm-Management zählte die gesundheitspolitischen Herausforderungen für die Europäische Region im 21. Jahrhundert auf und erklärte, der Handlungsrahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit sei so konzipiert, dass eine Bewältigung dieser Herausforderungen gewährleistet sei. In dem Handlungsrahmen würden die Begriffe „öffentliche Gesundheit“ und „Gesundheitssystem“ klar definiert und zehn grundlegende gesundheitspolitische Maßnahmen (EPHO) propagiert, die als Ausgangspunkt für die Überwachung von Strategien und Maßnahmen für Reformen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dienen sollten.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit schilderte die Entwicklung eines Selbstbewertungsinstruments zur Verbesserung von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das in insgesamt 14 Ländern Osteuropas erprobt worden sei. Die Schwerpunkte des Handlungsrahmens lägen auf der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse durch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, auf der Ausbildung kompetenter Fachkräfte und der Schaffung geeigneter organisatorischer Strukturen für die öffentlichen Gesundheitsdienste.

### **Podiumsdiskussion: Weiteres Vorgehen in Bezug auf die Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Rolle des Regionalbüros**

Diese Podiumsdiskussion wurde vom Professor für Gesundheitswissenschaften an der University of St Andrews (Schottland) moderiert. Weitere Teilnehmer waren der finnische Generaldirektor für Gesundheit und Soziales, der Leitende Medizinalbeamte Irlands, die Staatssekretäre der Gesundheitsministerien Kirgisistans und Portugals, der Gesundheitsminister Sloweniens und ein Vertreter des SCRC.

Während der Diskussion bezeichnete der Leitende Medizinalbeamte Irlands die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen als einen programmatischen Leitfaden für die Neuausrichtung der Gesundheitssysteme. Er fügte hinzu, in seinem Land habe ein Paradigmenwechsel stattgefunden: nun sei nicht mehr Krankheit, sondern Gesundheit der Bezugspunkt. Der finnische Generaldirektor für Gesundheit und Soziales betonte, die staatliche Politik müsse für die Gesundheitsversorgung deutliche Akzente in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und frühzeitige Intervention setzen. Hierbei müssten die Aufgaben von nichtstaatlichen Organisationen, Wissenschaft und Privatwirtschaft im Rahmen von Entscheidungsprozessen sorgfältig definiert werden, da diese Akteure gänzlich andere Zuständigkeiten und Ressourcen hätten als der Staat. Bei der Bekämpfung von Alkohol- und Tabakkonsum sowie von ungesunden Ernährungsgewohnheiten hätten sich gesetzliche und steuerliche Maßnahmen als am wirksamsten erwiesen. Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen habe sich der Einsatz sektorübergreifender Teams aus Ernährungswissenschaftlern, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Ärzten bestens bewährt.

Die Staatssekretäre der Gesundheitsministerien Kirgisistans und Portugals hoben die Verzahnung aller Programme für öffentliche Gesundheit durch einen sektorweiten Gesamtansatz, die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und eine Überprüfung ihrer Gehälter hervor. Der Gesundheitsminister Sloweniens erklärte, er messe Prävention große Bedeutung bei, doch habe sich das Finanzministerium seinen Vorschlägen in Bezug auf Investitionen in diesem Bereich entgegengestellt. Mit Entschlossenheit und der Hilfe des Regionalbüros sei dieser Widerstand schließlich überwunden worden, und es sei ihm gelungen, eine Anhebung der Steuern auf Tabak und Alkohol sowie eine Erhöhung der Haushaltsmittel für Gesundheitsförderung und gesunde Lebensführung zu erwirken.

In der anschließenden Diskussion schilderten verschiedene Delegierte eine Reihe von Initiativen ihrer Länder im Bereich der öffentlichen Gesundheit. So wurde u. a. von Krebsvorsorgeprogrammen berichtet, die mit starker Unterstützung aus der Politik durchgeführt worden seien; zur Krankheitsprävention gehörten jedoch auch die Propagierung eines gesunden Lebensstils an Schulen sowie neue Konzepte in der Umwelt-, Verkehrs-, Landwirtschafts- und Energiepolitik. Als weitere Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurden epidemiologische Surveillance, die Bestimmung von Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung und Anstrengungen für mehr Lebensmittelsicherheit genannt.

Der Themenkomplex Bevölkerungsgesundheit solle nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Ausgaben betrachtet werden, da oft schon kleine Investitionen große Wirkung entfalten. Der Handlungsrahmen solle durch eine Analyse zur Ökonomie der Prävention ergänzt werden. Bei der Entwicklung von Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit solle ein besonderes Augenmerk auf Initiativen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene gerichtet werden. Der Handlungsrahmen könne in Form eines Fahrplans für die Neuausrichtung von Gesundheitssystemen, die Umsetzung von Reformen und die Initiierung von Partnerschaften konkretisiert werden.

Ein Vertreter des SCRC erklärte, der Handlungsrahmen setze für das Regionalbüro wie auch die Länder der Europäischen Region ein positives Signal. Er ziehe auf konzeptionelle Klarheit ab und verleihe der Herausforderung, die in der Stärkung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region liege, eine praktische Dimension. Ein systematisches Konzept für die öffentlichen Gesundheitsdienste werde die Entwicklung messbarer Indikatoren ermöglichen, mit denen andere Politikbereiche von der wesentlichen Rolle der öffentlichen Gesundheit überzeugt werden könnten.

Der Moderator erklärte in seiner Zusammenfassung der bisherigen Diskussion, der offenbar längere Zeit vernachlässigte Aspekt der Bevölkerungsgesundheit sei unter der Führung der Regionaldirektorin gewissermaßen wiederentdeckt worden. Es sei viel Zustimmung zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste und zum Aufbau entsprechender Kapazitäten zum Ausdruck gebracht worden, und der Handlungsrahmen sei eines der maßgeblichen Instrumente für die Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“.

Eine Delegierte berichtete, in einem Teil ihres Landes würden die öffentlichen Gesundheitsdienste reformiert, um die unannehmbaren gesundheitlichen Ungleichheiten zu beseitigen, indem die Funktionen mehrerer Gesundheitsbehörden in einer Behörde zusammengeführt würden, die fachliche Beratung und Führungskompetenz im Bereich der öffentlichen Gesundheit in sich vereine. Demnach hätten die Minister eine eindeutige Verantwortung für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere in Krisensituationen, während die lokalen Behörden neue Zuständigkeiten und gesicherte Etats erhielten, da sie am besten angemessene Entscheidungen treffen könnten. Das öffentliche Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit würde weiterhin die nationalen Gesundheitsdienste in Fragen der Bevölkerungsgesundheit beraten. Die Minister behielten die Verantwortung für die nationale Gesundheitspolitik und -strategie und verfolgten einen neuen Ansatz der gestaffelten Intervention, der gewährleiste, dass der Staat zur Problemlösung im Bereich der öffentlichen Gesundheit nicht unmittelbar auf Regulierung setze.

Der Direktor für Programm-Management fasste kurz die wichtigsten Aspekte aus den Beiträgen der Podiumsteilnehmer und Delegierten zusammen. Auf die Bemerkung, dem Dokument fehle ein Abschnitt über das günstige Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen für öffentliche Gesundheit, erwiderte er, hierzu sei – im Einklang mit der Philosophie von „Gesundheit 2020“ – bereits eine Studie in Auftrag gegeben worden. In seiner Antwort auf zwei Wortmeldungen, in denen die Bedeutung der Thematik öffentliche Gesundheit auf lokaler Ebene unterstrichen wurde, verwies er auf den Erfolg des Gesunde-Städte-Projekts der WHO.

Die Regionaldirektorin stimmte mit den Delegierten darin überein, dass der Komplex der öffentlichen Gesundheit beim Regionalbüro wie auch bei den Mitgliedstaaten zeitweise in Vergessenheit geraten sei. Die Thematik sei auf Wunsch der Länder auf die Tagesordnung des Regionalkomitees aufgenommen worden, um eine enge Abstimmung zwischen öffentlicher Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Zur Beschreibung der grundlegenden Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit sei das Wort „Maßnahmen“ anstatt „Funktionen“ gewählt worden, da letzterer Begriff bereits in der Charta von Tallinn verwendet worden sei. Sie begrüße die Feststellung, öffentliche Gesundheit sei eher als Investition denn als finanzielle Belastung zu sehen, und diese Realität müsse den Politikern deutlich vor Augen geführt werden. Sie begrüße auch die uneingeschränkte Unterstützung des SCRC für die neuerliche Betonung der Bevölkerungsgesundheit sowie seinen Vorschlag, den Themenkomplex 2012 als praktisches Werkzeug für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ einzuführen.

Ein Vertreter des Verbandes der Ausbildungsstätten für Gesundheitswissenschaften in der Europäischen Region gab eine Erklärung ab.

In den Beratungen über den Resolutionsentwurf wurde die erneute Schwerpunktlegung auf den Komplex öffentliche Gesundheit innerhalb der Gesundheitssysteme begrüßt. Der vorgelegte Handlungsrahmen und insbesondere die weit verbreitete Anwendung der EPHO sollten als Optionen für die Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme dargestellt werden, um eine Verbesserung der Gesundheitssituation und einen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten herbeizuführen. Ferner müsse klargestellt werden, dass jede Unterstützung dieser Maßnahmen sich auf deren Anwendung im Rahmen des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit beschränke. Es schein ein Ungleichgewicht zwischen der in den Informationsdokumenten beschriebenen

Schwerpunktlegung auf soziale Determinanten und sektorübergreifende Maßnahmen einerseits und den im Rahmen der EPHO vorgeschlagenen Maßnahmen andererseits zu bestehen. Die EPHO müssten weiter verfeinert, erprobt und beobachtet werden, damit sie den Besonderheiten und Herausforderungen aller Gesundheitssysteme in der Region sowie den Leitprinzipien, nämlich Chancengleichheit, soziale Determinanten von Gesundheit und sektorübergreifendes Handeln, gerecht würden. Dennoch stellten die Dokumente praktische Instrumente dar, die die Länder bei der Bestimmung von Defiziten in ihren öffentlichen Gesundheitsdiensten und deren Ausstattung, bei der Gestaltung von Reformen und bei der Prioritätensetzung nutzen könnten.

„Gesundheit in allen Politikbereichen“ sei ein Schlüsselkonzept im Themenkomplex öffentliche Gesundheit, und der Aufbau von Kapazitäten für sektorübergreifendes Handeln und ein Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit sei eine entscheidende Voraussetzung für die Stärkung der Komponente Bevölkerungsgesundheit in den Gesundheitssystemen. Sowohl für die Gesundheitsversorgung als auch für den Bereich der öffentlichen Gesundheit werde eine ausreichende Zahl gut ausgebildeter und motivierter Fachkräfte benötigt, damit die nichtübertragbaren Krankheiten in den Griff zu bekommen seien; zugleich solle die Verlagerung zur patientenzentrierten Versorgung mit ihrem starken Akzent auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und einer besser koordinierten Versorgung die zentrale Rolle der primären Gesundheitsversorgung nicht untergraben. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollten einen ebenso hohen Stellenwert erhalten wie die Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitsleistungen und zugleich seien die einzelnen Mitgliedstaaten für die Führung ihrer eigenen nationalen Gesundheitssysteme verantwortlich.

Es wurde darauf hingewiesen, dass „Gesundheit 2020“ noch nicht angenommen worden sei und daher nicht in einer Resolution erwähnt werden solle. Außerdem gelte es, jegliche Überschneidung mit früheren Resolutionen zu beseitigen. Gegen die am Ende von Dokument EUR/RC61/10 vorgeschlagene Einrichtung eines hochrangigen Forums für Konzeptentwicklung wurden Einwände erhoben; eher sollten hierfür bereits bestehende Netzwerke und Steuerungsstrukturen verwendet werden. Es könne etwa als ein Beratungsgremium im Rahmen der bestehenden leitenden Organe der Europäischen Region eingerichtet werden.

Die Länder der Region müssten bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten wie auch neu auftretender Infektionskrankheiten, bei der Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit und bei der Bewältigung der finanziellen, demografischen und strategischen Belastungen für die Gesundheitssysteme in allen Mitgliedstaaten gemeinsam handeln. Angesichts der derzeitigen Finanzkrise gelte es, eine angemessene Unterstützung für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen aufrechtzuerhalten und so der Ausweitung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Region entgegenzuwirken. Durch die erneute Schwerpunktlegung auf den Komplex öffentliche Gesundheit und die Umsetzung der zehn EPHO werde öffentliche Gesundheit wieder zu einem sichtbaren Bestandteil der Gesundheitssysteme.

Die Regionaldirektorin wiederholte in ihrer Erwiderung auf verschiedene Wortmeldungen, dass der Handlungsrahmen für die Stärkung der Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit noch eine „Baustelle“ sei und daher auf der nächsten Tagung des Regionalkomitees wieder auf dem Programm stehen werde. Die EPHO würden so überarbeitet, dass die Werte Chancengleichheit und sektorübergreifende Zusammenarbeit sowie die sozialen Determinanten von Gesundheit gebührend berücksichtigt würden und der Aspekt der Überwachung hervorgehoben werde. Die Länder könnten eine Selbsteinschätzung vornehmen um zu bestimmen, ob sie die zehn EPHO umsetzen, oder sie könnten Hilfe vom Regionalbüro anfordern; das Ergebnis sei dann ein evidenzbasierter Aktionsplan im Jahr 2012. Auf die Anmerkung eines Delegierten, die Instrumente für die Stärkung der Bevölkerungsgesundheit in einem zentralisierten Gesundheitssystem unterschieden sich von denen in einem föderalen System, antwortete die Regionaldirektorin, die EPHO seien in dieser Beziehung völlig flexibel.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R2.



## Reform der WHO für eine gesunde Zukunft

(EUR/RC61/21)

Die Regionaldirektorin gab einen Überblick über Hintergrund und Zielsetzung des Reformprozesses innerhalb der WHO. Dieser bestehe darin, eine Rückbesinnung der Organisation auf ihr Kerngeschäft herbeizuführen, ihre Finanzierung und ihre Führung zu reformieren und die Steuerungsprozesse im Sinne einer Stärkung des Aspektes der öffentlichen Gesundheit zu verändern. Dazu sei es erforderlich, die Prioritäten der Organisation zu schärfen und auch klarer zu artikulieren, was die WHO besser könne als andere Partner und Akteure in den von der Weltgesundheitsversammlung genannten fünf Kernbereichen: Gesundheitssysteme und -einrichtungen; gesundheitliche Entwicklung; Gesundheitssicherheit; Zusammenführen für mehr Gesundheit; und Evidenz zu Gesundheitstrends und -determinanten.

Der Erfolg des Reformprozesses werde davon abhängen, ob die Mitgliedstaaten die notwendigen Empfehlungen und die erforderliche Unterstützung lieferten und ob das Sekretariat diese Orientierungshilfe in praktische Führungsarbeit umsetzen könne. Viele der Themen auf der Tagesordnung würden in die Diskussionen über die Reform einfließen, darunter das Bestreben des Regionalbüros, den Programmhaushalt als Instrument für die Rechenschaftsablage zu nutzen. Das wichtigste Ziel der Reformdebatte während des Regionalkomitees bestehe darin, Beiträge aus Sicht der Europäischen Region für die Sondertagung des Exekutivrates der WHO im November 2011 zu gewinnen und damit auf die Reform der WHO Einfluss zu nehmen. Rat, Engagement und Unterstützung des Regionalkomitees würden gebraucht, damit ein Reformpaket mit einem Umsetzungsplan und einer unabhängigen Evaluation der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 vorgelegt werden könne.

Die Generaldirektorin habe Rückmeldungen von den Beratungen zweier anderer Regionalkomitees über die Reform der WHO mitgebracht. Die Antworten aus der EU, dem Vereinigten Königreich und Mexiko auf eine webgestützte Konsultation seien begrüßt und dafür verwendet worden, das Konzeptpapier über die Führungsarbeit zu strukturieren. Doch sei die Konsultation mit den Mitgliedstaaten noch nicht so allumfassend wie gewünscht gewesen, so dass die drei Konzeptpapiere auch noch nicht überarbeitet worden seien. Die Regionalkomitees für Afrika und Südostasien umfassten insgesamt 57 Mitgliedstaaten; beide Regionen befürworteten den Reformprozess, forderten aber nachdrücklich, dass er nicht zu schnell vollzogen werde. In Bezug auf Politikgestaltung und Steuerung wünschten sich die beiden genannten Regionalkomitees eine bessere Abstimmung zwischen den leitenden Organen auf globaler und regionaler Ebene, um die Mitgliedstaaten in die Lage zu versetzen, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten Prioritäten für die WHO zu setzen und sich wiederholende Diskussionen in den leitenden Organen zu vermeiden. Sie wünschten sich auch eine bessere Abstimmung zwischen den drei Ebenen der Organisation, einschließlich Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen und in der Mobilisierung von Ressourcen für die Länder, und erhofften sich eine bessere Anerkennung der Rollen und Zuständigkeiten durch die Mitgliedstaaten und das Sekretariat, damit die Beschlüsse der Mitgliedstaaten in den Resolutionen umgesetzt werden könnten. Zwar befürchteten einige Länder, dass große und wohlhabende Länder unverhältnismäßigen Einfluss nehmen und Länderbüros geschlossen würden, doch habe die Generaldirektorin ihnen versichert, dass der Prozess demokratisch ablaufen werde.

Die Mitgliedstaaten unterstützten zwar Konsultationen mit den Partnerorganisationen, doch hätten sie auch die Befürchtung, dass das geplante World Health Forum die Autorität der leitenden Organe untergraben werde, und schlugen alternative Modelle vor. Die Beschäftigung mit globalen Gesundheitsinitiativen und Partnerorganisationen führe zu einer großen Arbeitsbelastung, gleichzeitig aber auch zu Fragmentierung und Doppelarbeit. So stelle sich die Frage, ob die Transaktionskosten für Geber- wie Empfängerländer gleichermaßen zu hoch seien. Und wo liege der Mehrwert? Darüber hinaus hätten manche Länder die geplante unabhängige Evaluation der Stärkung von Gesundheitssystemen missverstanden; mit dieser solle gerade die Fähigkeit der drei Ebenen der Organisation geprüft werden, den Ländern auf diesem Gebiet behilflich zu sein. Die Generaldirektorin habe vor kurzem den Entwurf eines Dokuments auf der Website des Hauptbüros eingestellt, um Fragen der Mitgliedstaaten zu beantworten.

In der nachfolgenden Diskussion, in der zunächst vereinbart wurde, dass die nichtstaatlichen Organisationen an den Arbeitsgruppen als Beobachter teilnehmen könnten, stellten sich die Mitgliedstaaten voll und ganz hinter den Reformprozess in der WHO und

signalisierten ihre Bereitschaft zur Beteiligung an jedem einzelnen Schritt. Sie machten Vorschläge zu Zielen und Inhalt in jedem der drei Bereiche (Kerngeschäft, Finanzierung und Führung, und Steuerung) und gaben Empfehlungen hinsichtlich Geschwindigkeit und Handhabung der nächsten Schritte in dem Prozess ab. Ein Delegierter begrüßte die Diskussion innerhalb des Regionalkomitees, zeigte sich jedoch enttäuscht darüber, dass die aktualisierten Konzeptpapiere nicht vorlägen, und forderte, dass die Ergebnisse in einem Bericht mit der Bitte um Stellungnahme an die Mitgliedstaaten übermittelt und dann dem Exekutivrat vorgelegt würden. Auch wenn die von der EU per Internet abgegebene Stellungnahme weiterhin Gültigkeit besitze, so müssten doch eine Reihe zusätzlicher Punkte in die Diskussion auf dem Regionalkomitee eingebracht werden. Zunächst einmal müsse der Reformprozess darauf abzielen, dass sich die WHO auf ihr Kerngeschäft konzentriert und über starke Managementinstrumente, ausreichend kompetente Mitarbeiter, bessere ergebnisorientierte Haushalts- und Planungsprozesse, ein effektives Risikomanagement und ein solides internes Kontrollwesen für mehr Transparenz und Rechenschaftsablage verfüge. Die neuen Führungsreformen, die in einem neuen Papier näher erläutert würden, seien eine Voraussetzung für mehr Effizienz und Effektivität in der Arbeit der WHO. Die unabhängige Evaluation solle bald beginnen, so dass ihre Ergebnisse in den Reformprozess einfließen könnten, und sie solle sich primär mit Führungs-, Steuerungs- und Ausgabenaspekten befassen, aber auch mit der Arbeit zur Stärkung von Gesundheitssystemen. Die Reform des strategischen Managements und der Finanzierung solle die Ungereimtheiten zwischen der Zuteilung von Ressourcen und den von den leitenden Organen vereinbarten strategischen Prioritäten ausräumen und die Finanzierung besser vorhersehbar machen und dabei die Diskussionen über die zentralen Aufgaben und die Beziehungen zu anderen Organisationen der Vereinten Nationen berücksichtigen. Darüber hinaus benötige die WHO eine bessere Abstimmung – Kohärenz, Hierarchie und Synergie – sowie eine Arbeitsteilung zwischen der globalen und der regionalen Ebene sowie zwischen deren jeweiligen leitenden Organen. Das angeregte World Health Forum könne auch gerne diskutiert werden, doch solle in der gegenwärtigen Phase der Reform der Schwerpunkt auf Führungsfragen liegen.

Das Sekretariat solle dem Exekutivrat auf seiner Sondertagung im November die verschiedenen Handlungsoptionen zu dem ganzen Spektrum der im Reformprozess angesprochenen Probleme vorlegen, die Konzeptpapiere mit den dem Exekutivrat und der Weltgesundheitsversammlung vorgelegten verknüpfen und die Bedeutung und zu erwartenden Konsequenzen für Finanzen und Ressourcen einbeziehen. Die WHO solle auch die Erkenntnisgrundlage für die Entscheidungsfindung bereitstellen und die konkreten Grundsatzoptionen anpassen, um den Mitgliedstaaten das „Puzzle“ der Reform im Hinblick auf die abschließende Entscheidung zu vereinfachen. Da die Reform eine Voraussetzung dafür sei, dass die WHO die Erwartungen aller Mitgliedstaaten erfülle, appellierte der Delegierte dringend an alle Mitgliedstaaten, ihre Erwartungen auszusprechen, sich konstruktiv an dem Prozess zu beteiligen und gemeinsam für eine Einhaltung des Zeitplans zu sorgen und die Generaldirektorin uneingeschränkt zu unterstützen.

Die meisten anderen Redner unterstützten diese Ansichten, insbesondere Forderungen nach einer klaren Darstellung der einzelnen Reformoptionen und der mit ihnen verbundenen Kosten und Zeitrahmen sowie nach der Möglichkeit einer Stellungnahme zum Bericht an den Exekutivrat einschließlich der Hinzufügung eigener Punkte. Bei der Arbeit zu den fünf Kernfunktionen sollten etwa die Kernaufgaben klar abgegrenzt werden und es sollten Gebiete benannt werden, in denen die WHO weniger bzw. mehr und auch besser für die Unterstützung der Mitgliedstaaten arbeiten sollte; es sollte ein System zur Aufstellung von Prioritäten innerhalb der Kernfunktionen eingeschlossen werden, das dem Annahmeverfahren der Resolutionen durch die Weltgesundheitsversammlung ähnele. Verschiedene Redner würdigten die Arbeit des WHO-Hauptbüros in Bezug auf die Aufstellung von Normen und Standards, auf die fachliche Unterstützung durch das Hauptbüro und das Regionalbüro (einschließlich seiner Außenstellen und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik) sowie die herausragende Arbeit der Länderbüros. Außerdem betonten mehrere Vertreter die Bedeutung des Themas nichtübertragbare Krankheiten und baten die WHO eindringlich um eine Ausweitung ihrer Bemühungen in den Bereichen Mittelbeschaffung, Schulung und Koordinierung (um die Führungsrolle in der Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten zu bewahren, sodass die voraussichtlich während der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen vereinbarten Ziele erreicht würden), um eine Konzentration auf das Aufstellen von Standards als Orientierungspunkte für die Mitgliedstaaten und den Ausbau der Gesundheitssysteme im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten sowie um die Schaffung einer Datenbank der besten Praktiken gegen die verbreitetsten Risikofaktoren. In einem Redebeitrag wurde ein Mechanismus gefordert, der eine schnelle und abgestimmte Reaktion auf Notlagen und Katastrophen sichere, und in einem weiteren wurde angeregt, sich in den Gesundheitssystemen auf die Nutzung der Informationstechnologie zu stützen, damit eine wirksame Versorgung gesichert werde. Ein anderer Delegierter stellte fest, die Reform sei eine hervorragende Gelegenheit, die visionäre Satzung der WHO dem 21. Jahrhundert entsprechend auszulegen, und erläuterte dies anhand von Zitaten aus dem letzten Abschnitt ihrer Präambel.

In Bezug auf Finanzierung und Verwaltung müsse die WHO Wege zur Ausweitung der Menge an flexiblen Mitteln finden und die Geber sollten das Konto für freiwillige Beiträge [Core Voluntary Contributions Account (CVCA)] nutzen; außerdem solle die WHO innovative Wege der Mittelbeschaffung durch die gesamte Organisation erkunden, die Optionen zur Weiterentwicklung eines

Wiederauffüllungsverfahrens benennen, die Demokratieverträglichkeit aller neuen Finanzierungsmodelle sowie eine hinreichende Beteiligung der Mitgliedstaaten an dem Prozess sichern und neue Verhandlungsmethoden mit Gebern untersuchen, die transparenter seien und klaren Kriterien unterlägen. In einer Wortmeldung wurde ein einheitliches Auftreten der WHO in der Koordinierung der Gebermittel gefordert. Weitere sinnvolle Maßnahmen könnten u. a. sein: eine Stärkung der Systeme zur Steuerung und Verwaltung der Finanzmittel für deren effiziente Nutzung, die Festlegung von Personalkosten durch Machbarkeitsstudien, die Anwerbung von Bediensteten als Beitrag zur Erhaltung von Sachverstand und Kosteneffektivität in der WHO, die rechtzeitige Übermittlung von Daten und Berichten an Gremien wie den Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss des Exekutivrats [Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board (PBAC)].

Einige Redner unterstützten die angeregte externe Evaluierung mit der Hinzufügung, dass sie bald durchgeführt werden solle, um durch eine Analyse des Beitrags der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme zum Reformprozess beizusteuern. Die Länder würden den vorgeschlagenen Prüfauftrag sorgfältig studieren.

Was die Führungsfragen betreffe, solle die WHO weiter die federführende normative Organisation in der globalen Gesundheitsarchitektur sein und diese Funktion müsse ordentlich finanziert sein und vom Hauptbüro der WHO wahrgenommen werden. Die Drei-Ebenen-Struktur der WHO und die Diversität ihrer Regionen seien Aktivposten. Weil die Strategien und Pläne der WHO in den Länderbüros in die Tat umgesetzt würden, seien Mechanismen erforderlich, welche die Kooperation zwischen den drei Organisationsebenen sowie die Verbindungen zwischen Generaldirektorin und Regionaldirektoren und zwischen den Tagesordnungen der globalen und der regionalen Leitungsgremien stärkten. Dennoch solle die Europäische Region weiter in der Lage sein, gegebenenfalls wieder eine Führungsrolle zu übernehmen, wie sie es in der Vergangenheit getan habe. Die Leitungsgremien sollten fokussierter und strategischer, transparenter und verantwortlicher, pragmatischer und weniger theoretisch arbeiten. Einige Vertreter wollten, dass der Exekutivrat gestärkt werde, und einer regte die Stärkung des PBAC an, damit dieser den Exekutivrat besser unterstützen könne. Die Vision der einen WHO solle verwirklicht werden und die WHO solle in ihren Partnerschaften und im Rahmen der Familie der Vereinten Nationen stärker auftreten. Außerdem lobte ein Redner den neuen Entwurf einer Länderstrategie des Regionalbüros und ein anderer forderte die WHO dazu auf, multilaterale, subregionale und interregionale Ansätze und Initiativen zu verfolgen, um so die Effizienz und Kosteneffektivität ihrer Arbeit zu verbessern.

Außerdem sollten die Länder sich in Selbstdisziplin üben und in der Benennung von Prioritäten kooperieren. Sie müssten sich auf allgemeine Grundsätze für die Zusammenarbeit der WHO mit Partnern einigen, wobei insbesondere das Prinzip der Neutralität und vielleicht der Wert von Gesundheit als Organisationsprinzip zu beachten seien. Einige Delegierte regten eine vermehrte Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft an. Zwar sei eine bessere Abstimmung mit Partnern, hierunter die Zivilgesellschaft und die Privatwirtschaft, sowie eine klare Trennung der Aufgaben zwischen den Leitungsgremien erforderlich, doch bezweifelten Delegierte den Sinn eines Weltgesundheitsforums und regten an, bestehende Konsultationsmechanismen oder andere bewährte Rahmen zu nutzen.

Was den Reformprozess an sich betraf, so lobten mehrere Delegierte die Thesenpapiere, insbesondere das zur Verwaltungsreform. Ein Redner forderte, der Prozess solle sich an der WHO-Satzung orientieren und im Konsens durchgeführt werden. Ein anderer Redner bat dringend darum, dass die Europäische Region den Prozess weiter anführe und dass die Mitgliedstaaten sich daran beteiligten; sie müssten bestimmen, ob das Tempo schnell oder langsam sein solle. Er erwarte, dass der Exekutivrat im November Übergangslösungen beschließe. Einige Delegierte schlugen vor, die WHO könne von Leitungspraktiken von Partnern wie dem Globalen Fonds, den Beispielen der Evaluierung von Organisationen wie der Weltbank und den Reformbemühungen anderer Organisationen der Vereinten Nationen lernen, und regten an, den Reformprozess dazu zu nutzen, andere Formen der Länderarbeit und der Partnerschaft zu erkunden.

In ihrer Erwiderung dankte die Generaldirektorin den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und sagte zu, dass die Global Policy Group nach dem Erhalt aller Beiträge den Mitgliedstaaten im Oktober vor der Exekutivratstagung ein konsolidiertes Papier vorlegen werde, in dem alle Reformelemente enthalten sein sollten. Zwar sei die Reform ein noch andauernder Prozess, doch habe sie bereits Maßnahmen ergriffen wie die Einführung des Globalen Management-Systems (GSM) der Organisation; doch seien inhaltliche Beiträge der Mitgliedstaaten, denen die WHO gehöre, weiter unentbehrlich. Die Generaldirektorin bat das Regionalkomitee, sich den Entwurf eines Prüfauftrags für die Evaluierung anzusehen: es stelle sich die Frage der Abfolge im Verhältnis zur Reform und sie benötige hierzu inhaltliche Beiträge der Länder innerhalb der nächsten zwei Wochen, damit der Exekutivrat den Prüfauftrag liefern und eine Aufforderung zu Vorschlägen herausgegeben könne. Die WHO werde detaillierte Vorschläge in Bezug auf die internen Führungsfragen machen, da unter den Mitgliedstaaten hier weitgehend Einigkeit bestehe; weil allerdings die Ansichten zum Weltgesundheitsforum und zur Einbeziehung der Privatwirtschaft differierten, werde die Generaldirektorin andere Mechanismen zur



Konsultation mit der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft vorschlagen. Außerdem werde die WHO weitere Informationen dazu geben, wie ein Wiederauffüllungsmodell in einer demokratischen Organisation entwickelt werden könnte. Außerdem informierte die Generaldirektorin das Regionalkomitee darüber, dass sie auch eine bessere Evaluierungskultur in der Organisation schaffen wolle.

Drei Arbeitsgruppen befassten sich anschließend detaillierter mit Aspekten der WHO-Reform.

## **Rückmeldung aus den Arbeitsgruppen ans Plenum**

Ein Moderator der Arbeitsgruppe A zu Führungsfragen erklärte, in seiner Gruppe sei eine Reihe provokativer Fragen gestellt worden, was zu einer anregenden Debatte über zentrale Themen geführt habe. Die Unterscheidung zwischen Exekutivrat und Weltgesundheitsversammlung sei unscharf geworden und der Exekutivrat habe sich zu einer Miniaturausgabe der Weltgesundheitsversammlung gewandelt. Die Exekutivfunktionen des Exekutivrates müssten gestärkt werden. Die politische Legitimität des Exekutivrates sei hinterfragt worden und eine offene Arbeitsgruppe könne zur Prüfung dieser Thematik eingerichtet werden. Es sei überlegt worden, dass dem Vorsitzenden und den Trägern anderer Ämter im Exekutivrat eine Schulung angeboten werden könne, dass der Exekutivrat für eine vernünftige Arbeit vielleicht mehr als eine größere Tagung pro Jahr benötige und dass die Mitgliedschaft im Exekutivrat eher auf Regionen als auf Ländern beruhen solle. Außerdem solle eine bessere Interaktion unter den Regionalkomitees angestrebt werden und man könne auch eine andere Abfolge der Tagungen erwägen.

Ein Moderator aus Arbeitsgruppe B sagte, dass die WHO auf einem demokratischen Modell beruhe, wonach die gemeinsame Finanzierung und Entscheidungsfindung durch alle Mitgliedstaaten erfolge. Ihre Satzung gebe ihr ein sehr breites Mandat, doch betonten die Kernfunktionen in der Regel die wichtigsten Arbeitsbereiche der WHO. Eine sprachliche Klärung sei erforderlich, denn Bezüge erfolgten wechselseitig auf Kernbereiche, prioritäre Bereiche und Kernfunktionen. Die Verwendung von Wirtschaftsausdrücken solle jedoch tunlichst vermieden werden. Die WHO sei zwar keine Entwicklungsagentur, doch führe sie einen großen Teil ihrer Arbeit auf Länderebene aus, und ihre Fähigkeit zur Unterstützung der nationalen Behörden in Fragen der Normen, Standards und Gesundheitssysteme hänge von der Verfügbarkeit qualifizierten Personals auf Länderebene ab. Man schlage vor, die laufenden Aufgaben der Organisation von den kurzfristigen Funktionen zu trennen. Die Prioritäten müssten jedoch auf globaler und auf regionaler Ebene gleich sein. Außerdem sollten die Länder ihre Haltung zur Organisation nicht situativ verändern: Manchmal redeten sie als Mitgliedstaaten und andere Male als Geber.

Ein Moderator der Arbeitsgruppe C über die Reform der Leitung sagte, man habe die Überlegung angestellt, den Haushalt in zwei Teile aufzuteilen: einen für Kernaktivitäten und einen für Projekte. Einige Länder führten an, dass die Programmunterstützungskosten nicht zur Deckung der Betriebskosten ausreichten. Die WHO solle die realen Kosten der Projekte besser abschätzen und belegen. Als weiterer Punkt wurde die Beschaffung nicht zweckgebundener Mittel aus anderen Quellen als den Mitgliedstaaten angesprochen. Die programmatischen Prioritäten und die von den Gebern erhaltenen Mittel stimmten nicht gut überein. Die WHO solle versuchen, aus den Erfahrungen anderer Organisationen zu lernen. Die Satzung sei flexibel genug, um Änderungen zu ermöglichen.

Ein Vertreter von Medicus Mundi International gab eine Erklärung ab.

## Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC61/7, EUR/RC61/7 Corr.1,  
EUR/RC61/7 Corr.2)

Das Regionalkomitee behandelte in geschlossener Sitzung die Nominierung von vier Mitgliedern für den Exekutivrat, wählte drei Mitglieder für den SCRC und ein Mitglied für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion und vergab das Jo-Asvall-Stipendium für Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

### Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss, dass sich Aserbaidschan, Belgien, Kroatien und Litauen auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 um Mitgliedschaft im Exekutivrat bewerben und zur Wahl stellen sollten.

### Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte Belgien, Malta und die Russische Föderation für eine dreijährige, vom September 2011 bis zum September 2014 reichende Amtszeit, in den SCRC.

### Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion

Gemäß den Bestimmungen der Vereinbarung zur administrativen Struktur des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Forscherausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion wählte das Regionalkomitee Deutschland für eine dreijährige Mitgliedschaft ab Sonntag, den 1. Januar 2012, in den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinierungsfragen.

### Jo-Asvall-Stipendium für Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Das Regionalkomitee bestimmte Frau Yelena Rozental als Empfängerin des ersten Jo-Asvall-Stipendiums für Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

## Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)

(EUR/RC61/12, EUR/RC61/Conf.Doc./4, EUR/RC61/Conf.Doc./5)



Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung erklärte, es habe eine Vielzahl von Handlungsappellen auf dem Gebiet der nichtübertragbaren Krankheiten gegeben. In dem Entwurf des Aktionsplans würden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die zur Erfüllung der in früheren Beschlüssen und Resolutionen der WHO genannten Ziele genutzt werden könnten. Das Interesse an nichtübertragbaren Krankheiten habe sich durch die erste globale Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erhöht, die im Frühjahr in Moskau stattgefunden und in der Annahme der Erklärung von Moskau gegipfelt habe. Der Entwurf des Aktionsplans sei das Ergebnis umfassender Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und basiere daher in hohem Maße auf Evidenz und Erfahrung. In dem Entwurf würden Planung und Aufsicht betont, und es seien die Nutzung von Gesundheitsinformationssystemen, eine verstärkte Einbeziehung von Gesundheit in alle Politikbereiche, von gesundheitsförderlichen Umfeldern und Maßnahmen der sekundären Prävention unter Zuhilfenahme klinischer Ansätze wie der kardiometabolischen Überwachung und der Früherkennung bestimmter Krebsarten vorgesehen. In dem Plan werde anerkannt, dass nicht alle der vorgeschlagenen Maßnahmen in der gesamten Region anwendbar seien, sondern dass sie teilweise an örtliche Gegebenheiten angepasst werden müssten.

Der Vertreter des SCRC bezeichnete die nichtübertragbaren Krankheiten als ein schweres Problem für die Region und fügte hinzu, der vorgeschlagene Aktionsplan gebe einen Rahmen für die Auseinandersetzung mit den sozialen und ökonomischen Determinanten und den Risikofaktoren für diese Krankheiten vor. Es stünden eine Reihe von Initiativen zur Verfügung, wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und globale Strategien für Alkohol, Ernährung und Bewegung; doch ein abgestimmtes Handeln zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten fehle bisher noch. Der Entwurf werde nach seiner Anpassung an die Bedürfnisse der Länder dazu führen, dass gute Konzepte in die Tat umgesetzt würden. Auch wenn manche der Aktionen anfänglich unpopulär sein könnten, so würden die gesundheitlichen Zugewinne bei einer Evaluation doch sichtbar. Der SCRC habe mehrere aufeinander folgende Entwürfe des Plans gesehen und befürworte seine Ausrichtung. Das gegenwärtige Interesse an einer globalen Politikgestaltung, wie etwa bei der bevorstehenden Tagung auf hoher Ebene zum Thema nichtübertragbare Krankheiten am Sitz der Vereinten Nationen in New York, verleihe dem in dem Dokument skizzierten systematischen, integrierten Ansatz weitere Glaubwürdigkeit.

In der anschließenden Diskussion vertraten die meisten Redner die Auffassung, dass einige der genannten Prioritäten neu gefasst und auf der Grundlage der vorliegenden Evidenz sowie nationaler Wünsche angepasst werden müssten. Die Länder der Region hätten in Bezug auf die Umsetzung bestimmter der geplanten Maßnahmen unterschiedliche Ausgangspositionen. Der Vertreter eines Mitgliedstaates regte an, sich ein weiteres Jahr für die Verbesserung des Aktionsplans Zeit zu nehmen und ihn nicht in seiner derzeitigen Fassung anzunehmen.

Die Ergebnisse der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen zum Thema nichtübertragbare Krankheiten sollten gebührend berücksichtigt werden, und es wurde die Frage aufgeworfen, wie das Sekretariat dies tun wolle. Darüber hinaus wurde das Sekretariat gebeten, eine Analyse der finanziellen Auswirkungen des vorgeschlagenen Aktionsplans, insbesondere auf das Regionalbüro, vorzulegen. Es wurde vorgeschlagen, die zur Orientierung dienenden Zielvorgaben und Indikatoren nach der Tagung der Vereinten Nationen auf der 65. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2012 fertigzustellen, um eine Abstimmung mit den Plänen anderer WHO-Regionen zu gewährleisten, und den Aktionsplan auf der 62. Tagung des Regionalkomitees zu prüfen. Es wurden mehrere Änderungen an dem dazugehörigen Resolutionsentwurf vorgeschlagen, um diese Sichtweise widerzuspiegeln; sie wurden von zahlreichen Delegierten befürwortet.

Andere Redner forderten das Regionalkomitee nachdrücklich auf, angesichts der wachsenden Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten in den meisten Ländern der Region den Aktionsplan so bald wie möglich anzunehmen. Die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sei ein primäres Entwicklungsziel. Nichtübertragbare Krankheiten hätten für viele Länder einen

hohen Stellenwert in ihren zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit der WHO. Die WHO solle den Gesundheitsministerien schlagkräftige Argumente liefern, die ihnen helfen würden, in einen Dialog mit anderen Sektoren über eine Zusammenarbeit in der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten einzutreten, und sie auch dazu beraten, wie sie auf Bereiche wie Landwirtschaft, Handel und Verkehr Einfluss nehmen könnten, die nicht ausschließlich in staatlicher Zuständigkeit lägen. Eine Delegierte schilderte das schrittweise Vorgehen ihres Landes bei der Senkung des Tabakkonsums, das von leichter akzeptablen Maßnahmen bis zur Einführung eines gesetzlichen Rauchverbotes in Innenräumen geführt habe.

Die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten solle auf internationaler Zusammenarbeit, einem gesamtstaatlichen Vorgehen sowie der Stärkung der Gesundheitssysteme aufbauen. Es sei deshalb wichtig, für Kohärenz zu sorgen, und auf der bevorstehenden Tagung auf hoher Ebene zum Thema nichtübertragbare Krankheiten in New York solle eine Verbindung zwischen regulatorischen und globalen Maßnahmen präsentiert werden und dort gelte es, die WHO tatkräftig zu unterstützen.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung erwiderte auf ein Angebot des Delegierten aus Turkmenistan, in seinem Land eine weitere hochrangige Tagung zum Thema nichtübertragbare Krankheiten auszurichten, es sei durchaus an der Zeit, nach der Tagung auf hoher Ebene bei den Vereinten Nationen als Weiterverfolgung der Erklärung von Moskau eine weitere solche Tagung über die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten abzuhalten. Die in dem Entwurf des Aktionsplans genannten Zielvorgaben und Indikatoren seien nicht neu, sondern entsprächen denen aus dem Entwurf des Grundsatzdokuments "Gesundheit 2020". Die Zielvorgaben würden im Einklang mit dem globalen Überwachungsrahmen entwickelt. Als Antwort auf jene Redner, die eine Verschiebung der Annahme des Aktionsplans befürworteten, sagte er, das Regionalbüro müsse vor Fertigstellung des globalen Aktionsplans im Jahr 2013 in der Lage sein, Bericht zu erstatten.

In Bezug auf die finanziellen Konsequenzen weise der Entwurf des Plans fünf Dimensionen auf: Umsetzung des operativen Plans, was eine Zusammenarbeit zwischen dem Sekretariat und den Ländern erfordere; die Kosten in den Ländern, was durch Einführung von Steuern auf Tabak und bestimmte Lebensmittel ausgeglichen werden könne; eine zielgerichtete Behandlung, was zu einer Kostensenkung führen würde; Maßnahmen auf der Bevölkerungsebene, mit Generika und der Schaffung von Einkommen; und Einbeziehung von Produkten und Logistik in die nationalen Pläne. Auf dieser Grundlage beliefen sich die geschätzten Gesamtkosten für den Plan im Zweijahreszeitraum 2012–2013 auf ca. 6,5 Mio. US-\$. Dieser Betrag schließe Maßnahmen in Bezug auf Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum nicht ein, dafür aber die Zusammenarbeit mit 22 Ländern der Europäischen Region zur Unterstützung ihrer Aktionspläne gegen nichtübertragbare Krankheiten sowie mit neun weiteren bei Maßnahmen gegen bestimmte Krankheiten.

Der Aktionsplan sei so angelegt, dass er es den Mitgliedstaaten ermögliche zu wählen, ob der Staat Maßnahmen für die Bevölkerung anordnen oder Verhaltensänderungen zu einer persönlichen Verantwortung für die Bürger machen solle. Für nichtübertragbare Krankheiten wie Unfallverletzungen, psychische Störungen, Mundgesundheit und Muskel-Skelett-Erkrankungen, die oftmals in Verbindung mit Alterung stünden, werde ein integrierter Ansatz benötigt. Es werde ein Lebensverlaufansatz in Betracht gezogen, um die alternde Bevölkerung aktiv und produktiv zu halten.

Die Regionaldirektorin begrüßte die fruchtbare Diskussion zu dem Entwurf des Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten. Sie räumte ein, es sei wichtig, die Ergebnisse der Tagung auf hoher Ebene bei den Vereinten Nationen einzubeziehen, und sie werde die Erklärung von Moskau, den Bericht der hochrangigen Konsultationstagung über nichtübertragbare Krankheiten in Oslo Ende 2010 sowie den Europäischen Aktionsplan (im Falle seiner Annahme) mit zu dieser Tagung nehmen. Das Jahr 2011 sei das Jahr der nichtübertragbaren Krankheiten, und ihrer Ansicht nach stehe die Region unter einem moralischen Handlungszwang. Die für das Regionalkomitee ausgearbeiteten Dokumente wiesen Synergien auf; die vom Regionalkomitee in den vergangenen Tagen angenommenen Dokumente enthielten viele der in dem zu beratenden Dokument vorgeschlagenen Maßnahmen. Die Entscheidungen der Länder in Bezug auf Maßnahmen zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten setzten positive Rahmenbedingungen voraus; so seien etwa Regulierung wie auch persönliche Entscheidungen in dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geregelt.

Im Namen von Alzheimer's Disease International und der International Pharmaceutical Federation gab der Vertreter der EU Erklärungen ab.

Es wurde eine Redaktionsgruppe eingesetzt, die sich auf eine Reihe von Änderungsvorschlägen zum Entwurf einigte. Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R3.

## Unterstützung der Europäischen Erklärung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen

Diese Erklärung war das Ergebnis einer Konferenz, die vom Regionalbüro, UNICEF und der Regierung Rumäniens im November 2010 in Bukarest veranstaltet wurde, sowie einer Konsultation mit Mitgliedstaaten, führenden nichtstaatlichen Organisationen, Eigenvertretern und ihren Familien.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R5 per Akklamation.

### Ottawa-Charta



Anlässlich des 25. Jahrestages der Unterzeichnung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fand eine Zeremonie statt.

### Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)

(EUR/RC61/13, EUR/RC61/Conf.Doc./6)



Der Direktor der Abteilung für nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung sah in dem angeregten Europäischen Aktionsplan die Wiederbelebung einer langen Tradition des Vorgehens gegen schädlichen Alkoholkonsum, der als Risikofaktor besondere Aufmerksamkeit und den Verhältnissen der Länder gemäß differenzierte Gegenmaßnahmen erfordere. Es gebe überzeugende Belege für Grundsatzmaßnahmen zur Steuerung des Alkoholpreises sowie der Verfügbarkeit und Vermarktung von Alkohol; das Regionalbüro habe daher den Aktionsplan auf Grundlage der regionalen Empfehlungen seit 2005 und der von der Weltgesundheitsversammlung 2010 angenommenen globalen Strategie sowie in Konsultation mit dem Netzwerk aus fachlichen Ansprechpartnern in den Mitgliedstaaten entwickelt. Die zehn Handlungsbereiche aus dem Plan spiegelten die Führungsrolle der Gesundheitsministerien in der Erarbeitung sektorübergreifender Maßnahmen wider und würden durch Beobachtung und Auswertung unterstützt. Der Entwurf des Plans sei auf Wunsch der Ansprechpartner geändert worden: so werde jetzt durchgängig die Diktion der globalen Strategie verwendet, die stufenweise sich verschärfende Herangehensweise sei durch ein Vorgehen à-la-carte ersetzt und einzelne Abschnitte seien geändert worden. Der Aktionsplan biete eine Chance zum wirksamen Handeln gegen die führende Todesursache junger Menschen.

Ein Mitglied des SCRC gratulierte dem Regionalbüro zu dem Konsultationsprozess und zu dem qualitativ hochwertigen Dokument, das dieser erbracht habe. Der SCRC unterstütze den Plan und erwarte von ihm, dass er für stärkere Reglementierung und höhere Alkoholpreise werbe, die Notwendigkeit der Beratung mit allen Sektoren einschließlich der Alkoholindustrie betone, zugleich die uneingeschränkte staatliche Autorität für Entscheidungen über nationale Maßnahmen anerkenne und besonderes Augenmerk auf eine geregelte Vermarktung als wirksame Option lenke. Der Aktionsplan zeichne sich durch vier starke Vorzüge aus: er sei als Orientierungshilfe für die Länder sehr relevant, mit anderen internationalen Instrumenten wie den Strategien auf globaler Ebene und auf Ebene der EU abgestimmt, er biete evidenzbasierte Handlungsoptionen und enthalte ein Rahmengerüst für die Beobachtung und Auswertung.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßte ein Redner des Landes, das derzeit die Präsidentschaft im Rat der EU innehat, den Entwurf des Aktionsplans, der zur Bewältigung der besonderen Lage in Europa und zur Wiederbelebung von Maßnahmen in der Region benötigt werde und der Optionen für ein flexibles Vorgehen anbiete. Die Länder der EU würden den Plan neben den Strategien auf globaler, nationaler und EU-Ebene und unbeschadet anderer internationaler Vereinbarungen umsetzen, um koordinierte Maßnahmen gegen die alkoholbedingten Schäden in der Region zu schaffen. Das diene auch der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Die WHO solle die Arbeit der Länder unterstützen, indem sie sich auf die wirksamsten Maßnahmen und drängendsten Fragen konzentriere, zugleich jedoch Prioritäten setze und die fruchtbare Zusammenarbeit mit der EU im Bereich der Beobachtung und Überwachung fortsetze. Die Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen müssten klare Bekenntnisse in Handlung umsetzen. Er fragte, wann das Regionalbüro die Veröffentlichung mit den angeregten Indikatoren herausgeben werde und ob die Ansprechpartner in den Mitgliedstaaten für den Alkoholbereich hierbei zu Rate gezogen würden.

Die meisten übrigen Redner unterstützten diese Ansichten, begrüßten den Aktionsplan und erklärten ihr Engagement in dieser Hinsicht. Einige betonten, wie wichtig eine flexible Umsetzung in Übereinstimmung mit den Grundsätzen und Umständen der Länder und eine Konsultation mit allen Akteuren sei, und dass die WHO dies ermöglichen könne. Ein Delegierter beschrieb die Bemühungen seines Landes, die Verfügbarkeit von Alkohol für junge Menschen zu verringern und Reklame entgegenzuwirken. Eine Delegierte schilderte den Konsum in ihrem Land, an dem sich die Notwendigkeit des Handelns erweise. In einer weiteren Wortmeldung hieß es, der Aktionsplan sei zur Umsetzung der globalen Strategie in der Europäischen Region notwendig, trage zur Verringerung des (besonders unter jungen Menschen) inakzeptabel hohen Niveaus alkoholbedingter Schäden bei, diene der Arbeit gegen nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten und nutze der Müttergesundheit, vermindere die Schädigung der Kinder von Rauschtrinkern und senke Kosten für Gesundheitsversorgung und Arbeitsplatz.

Mehrere Redner lobten die konsultative Entwicklung des Aktionsplans und insbesondere die Wiederbelebung des Netzwerks aus Ansprechpartnern, das den Dialog mit der WHO und mit anderen Ländern in vergleichbarer Lage ermögliche. Ein Delegierter beschrieb es als Aufgabe der WHO, die Mitgliedstaaten in der Sicherung hoher Standards des Gesundheitsschutzes zu unterstützen, ein anderer drängte die WHO sich auf die größten Fragen und Dringlichkeiten zu konzentrieren, Überschneidungen in der Arbeit von Regionalbüro und Hauptbüro zu vermeiden und ihre Ressourcen wirksam zu nutzen. Zwei Redner nannten Aspekte des Aktionsplans, die nicht mit ihren nationalen Konzepten und Strategien in Einklang stünden, etwa Aussagen zu Gesundheitswarnungen und zur Wirkungslosigkeit von Aufklärungsprogrammen, und meinten, das Dokument solle sinnvollerweise Hinweise in Bezug auf moderate Konsumpegel enthalten.

In seiner Antwort dankte der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung den EU-Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und Zusammenarbeit in Bezug auf den Aktionsplan und erläuterte die Absicht des Regionalbüros, die Indikatoren für die Beobachtung und Auswertung zu operationalisieren und zusammen mit einer Prüfliste aus Fragen vor der nächsten Tagung des Regionalkomitees zu veröffentlichen. Die Indikatoren würden bereits für das regionale Alkoholinformationssystem genutzt, das mit Systemen der Europäischen Kommission und des WHO-Hauptbüros abgestimmt sei. Das Regionalbüro sei bestrebt, letztere in Übereinstimmung mit dem Aktionsplan zu vereinfachen und neu zu ordnen; dieser Prozess könne auf Wunsch in politischer Konsultation durchgeführt werden. Wenngleich keine allumfassende Einigkeit in Bezug auf die Erkenntnislage bestehen könne, so neige sich die Waagschale doch stark zum Vorteil von Gesundheitsmaßnahmen gegen starke Einflussnahme auf Jugendliche durch Gruppendruck, aggressive Werbung und die Verfügbarkeit billiger Alkoholherzeugnisse. Das Regionalbüro werde Nachdruck auf Maßnahmen legen, für deren Durchführung die Erkenntnisse sprächen, doch wolle es das Thema zugleich im Rahmen des Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen und der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) weiter verfolgen. Die relative Gewichtung der einzelnen Maßnahmen könne in der Umsetzungsphase entschieden werden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R4.



## Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region

(EUR/RC61/14, EUR/RC61/Conf.Doc./7)



Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt sagte, die Problematik bakterieller und viraler Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe verschärfe sich durch das Auftreten neuer resistenter Stämme. Der Missbrauch von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin und eine unzureichende Infektionsbekämpfung seien hierfür verantwortlich und verschlimmert werde die Lage noch durch das Fehlen neuer Arzneimittel. Die Thematisierung der antimikrobiellen Resistenzen (AMR) durch den Weltgesundheitstag 2011 habe gezeigt, wie viel Bedeutung die WHO dem Problem beimesse. Die Region konzentriere sich auf bakterielle Infektionen, insbesondere in Gesundheitseinrichtungen, und auf M/XDR-Tb.

Ein Aktionsplan sei nötig, weil AMR die Kosten der Gesundheitsversorgung in die Höhe treibe, die Krankenhausaufenthaltsdauer verlängere, Morbidität und Mortalität unter den Patienten erhöhe sowie künftige Gesundheitsprogramme gefährde und die Gesundheitssicherheit untergrabe. Viele Mitgliedstaaten hätten bereits (mit Erfolg) Aktionspläne, Strategien und Überwachungsinstrumente gegen AMR eingesetzt und könnten diese Erfahrungen an andere Länder weitergeben. Ein Großteil der Infektionen mit methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* sei auf unzureichende Hygienemaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zurückzuführen, u. a. auf fehlendes Händewaschen. Nicht nur die Öffentlichkeit insgesamt, sondern auch Politiker und Gesundheitsfachleute seien nicht hinreichend über das Thema informiert.

Die übergeordneten Ziele der angeregten Strategie seien in dem Dokument aufgeführt. Sie seien zu erreichen, indem die sieben strategischen Ziele angestrebt würden, die zusammen mit Beispielen bewährter Praktiken einiger Länder dort genannt seien. Ein Zeitrahmen für die Umsetzung des Plans müsse aufgestellt und die dafür benötigten Ressourcen müssten abgeschätzt werden. Indikatoren würden festgelegt, um die in den Mitgliedstaaten erzielten Fortschritte beobachten zu können. Der erste Schritt bestehe darin, eine Inventarliste der verfügbaren Daten und Praktiken zu erstellen, etwa in Bezug auf die Überwachung von Antibiotikaresistenzen und dem Zugang zu Antibiotika. Die WHO und ihre Partner würden die Mitgliedstaaten beim Entwurf ihrer eigenen Aktionspläne und der Schaffung von Mechanismen für sektorübergreifende Koordination und Überwachung unterstützen.

Einige Redner betonten in der sich anschließenden Aussprache, dass der strategische Aktionsplan der Region als ein Werkzeug zur Umsetzung der globalen Strategie der WHO zur Eindämmung von AMR in der Region angesehen werden sollte. Mehrere Änderungsvorschläge zum Resolutionsentwurf spiegelten diese Ansicht wider. Der Plan skizziere einen ganzheitlichen Ansatz zur Bewahrung der Effizienz von Antibiotika, thematisiere die Aspekte öffentliche Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit und betone eine engere Zusammenarbeit mit internationalen Partnern. Konzentrierte Maßnahmen, wozu auch die Koordinierung mehrerer Ministerien zähle, und Aus- und Weiterbildung in der Überwachung der AMR seien erforderlich. Es wurde angeregt, dass eine Sachverständigengruppe einzusetzen, die Forschungsfragen in Verbindung mit AMR bestimme.

Antibiotikaresistente Bakterien machten vor nationalen Grenzen nicht Halt. Es sei daher wichtig, Informationen auszutauschen, wirksame Maßnahmen zur Prävention oder Verlangsamung des Auftretens von AMR zu entwerfen und gemeinsam neue Arzneimittel und Diagnoseverfahren zu entwickeln. Es gebe eine Reihe EU-weiter Strategien und Gesetzesinitiativen zur Prävention und Bekämpfung von AMR, die von den Ländern in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten, der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und der Europäischen Arzneimittelagentur umgesetzt würden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R6.



## Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)

(EUR/RC61/15, EUR/RC61/Conf.Doc./8, EUR/RC61/Inf.Doc./3)

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit, der auch Sonderbeauftragter der Regionaldirektorin für die Prävention und Bekämpfung von M/XDR-Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO ist, spielte einen Film vor, in dem Erfahrungen von Menschen mit Tuberkulose und ihren MDR- und XDR-Formen gezeigt wurden. Die Entwicklung der Tuberkulosefallzahlen in der Region sei besorgniserregend, denn in 18 Länder träten neue Fälle auf, und die Behandlungsrate der Region sei nach der der Afrikanischen Region die zweittiefste der Welt. Der Anstieg sei auf zu späte Aufdeckung und unzureichende Gesundheitssysteme zurückzuführen. Der Aktionsplan sehe daher die sofortige Diagnostizierung mit neuen anerkannten Diagnostiktests und geeignete Behandlungsmethoden vor. Er rege auch eine Untersuchung der sozialen Determinanten von Tuberkulose und Beobachtung, Bewertung und weitere Begleitung der Patienten an. Das Ziel des Plans sei eine Eindämmung der Ausbreitung der Krankheit durch das Erreichen eines flächendeckenden Zugangs zu Präventions-, Diagnose- und Therapieangeboten für M/XDR-Tuberkulose in allen Mitgliedstaaten der Region bis 2015.

Ein Mitglied des SCRC schilderte den Konsultationsprozess zur Vorbereitung des Plans, an dem sowohl Vertreter nationaler Tuberkuloseprogramme als auch externe Partner beteiligt gewesen seien. Der SCRC unterstütze die ehrgeizigen Zielvorgaben und betone die Wichtigkeit der Versorgung von Migranten und anderen marginalisierten Bevölkerungsgruppen.

In der sich anschließenden Aussprache erinnerten Redner an die ursprüngliche Rolle der WHO in der Eindämmung der Tuberkulose und ihrer resistenten Formen, deren Ergebnis gemeinsame Ziele und Werkzeuge gewesen seien. Diese Gemeinsamkeit helfe den Ländern der Region im langen Kampf der Eindämmung, auch wenn sie an sehr unterschiedlichen Ausgangspunkten damit begännen. Es wurde angemerkt, der Aktionsplan liege auf einer Linie mit den Verpflichtungen, die in der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose 2007 eingegangen worden seien. Die im Plan vorgesehene erweiterte Rolle der primären Gesundheitsversorgung für die Früherkennung und Nachbetreuung von Fällen wurde ebenso begrüßt wie der angeregte Erfahrungsaustausch unter den Ländern. Die in der Gesundheitsfinanzierung gesammelten Erfahrungen könnten sinnvoll für bessere Ergebnisse der Tuberkulosebehandlung genutzt werden und die Ankündigung des Globalen Fonds auf der Tagung, 12 der 15 stark belasteten Länder zu unterstützen, wurde begrüßt.

Das Thema der grenzüberschreitenden Bedrohung durch M/XDR-Tuberkulose solle für alle Mitgliedstaaten in der Region Priorität besitzen. Die Einschleppung von Fällen in Länder, die zuvor einen Rückgang der Prävalenz verzeichneten, stelle deren Gesundheitssysteme vor neue Herausforderungen und erfordere angepasste Gegenmaßnahmen. Der Schwerpunkt solle auf vulnerable Bevölkerungsgruppen insgesamt, und nicht nur auf Migranten, gelegt werden, doch lasse sich Tuberkulose auch gut bekämpfen, wenn die Übertragungswege innerhalb von Landesgrenzen ausgeschaltet würden. Die Weiterbetreuung von Asylbewerbern, die sich in der Region von Land zu Land bewegten, sei eine besondere Herausforderung und erfordere enge internationale Zusammenarbeit.

Die Betonung des Themas Tuberkulose unter Inhaftierten wurde besonders begrüßt. Das Programm der WHO für die Gesundheit in Haftanstalten helfe den Ministerien für Justiz und für Gesundheit etwa die Frage der kontinuierlichen Versorgung aufzugreifen.

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe für MDR-Tuberkulose der globalen Partnerschaft „Stopp der Tb“ lobte das Regionalbüro für seine Führungsrolle in der Erstellung des Aktionsplans und für sein funktionstüchtiges „Green Light Committee“. Die Mitgliedstaaten sollten dem Ziel aus dem Entwurf des Aktionsplans verpflichtet bleiben, wozu wichtige gesundheitspolitische Veränderungen in ihren Gesundheitsversorgungssystemen und die weitere Einbeziehung der Zivilgesellschaft erforderlich seien. Das Green Light Committee der Region werde Länder in der Umsetzung des Plans und der jährlichen Fortschrittsbeobachtung unterstützen. Die angeregte Reaktion auf MDR-Tuberkulose sei unter allen Umständen sehr kosteneffektiv und die angeregten Aktivitäten verdienten bilaterale und multilaterale Unterstützung von Gebern und Regierungen.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit dankte den Rednern für ihre positiven Anmerkungen und Anregungen. Ein konkreter Vorschlag werde dem Globalen Fonds zur Behandlung in der 11. Projektfinanzierungsrunde zugesandt. Er fügte hinzu, die turkmenische Regierung habe angeboten, im Jahr 2012 eine interministerielle Tagung zum Thema Tuberkulose auszurichten.

Der Vertreter des Königlich Niederländischen Tuberkuloseverbands (KNCV) gab eine Erklärung ab.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R7.

## Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015)

(EUR/RC61/19, EUR/RC61/Conf.Doc./11,  
EUR/RC61/Inf.Doc./8)



Der Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt sagte, dass in 30 Jahren Kampf gegen die HIV/Aids-Epidemie unterschiedliche Maßnahmen in unterschiedlichen Teilen der Region zwar Erfolge in der Behandlung erzielt hätten, dass die Ausbreitung der Infektion jedoch nicht verlangsamt worden sei. Die Zahl der mit HIV lebenden Menschen nehme insbesondere in Osteuropa und Zentralasien schnell zu und habe sich von 1990 bis 2009 verdreifacht. Was die Übertragungswege betreffe, entfalle der höchste Anteil in Osteuropa und Zentralasien auf den Konsum von Injektionsdrogen, im Westen der Region dagegen auf den Geschlechtsverkehr unter Männern.

Ein Schlüssel zum erfolgreichen Kampf gegen die Epidemie sei die antiretrovirale Behandlung und hier stehe Osteuropa und Zentralasien weltweit am schlechtesten da. Überall in der Europäischen Region würden zentralen Bevölkerungsgruppen (u. a. Konsumenten von Injektionsdrogen und ihre Sexualpartner, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Haftinsassen und Migranten) durch soziale, kulturelle und gesetzliche Hindernisse der Zugang zu HIV-Behandlungseinrichtungen verwehrt.

Das Regionalbüro habe demgemäß den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015): Handlungsrahmen für dringende Maßnahmen entwickelt. Der Plan gebe auch Impulse für internationale Initiativen wie die UNAIDS-Strategie (2011–2015), baue auf bestehenden Erfahrungen der Region auf und vertraue auf Partnerschaften, etwa mit dem Globalen Fonds und der Zivilgesellschaft. Seine Ziele bestünden darin, die Verbreitung von HIV aufzuhalten, eine Trendwende einzuleiten und flächendeckenden Zugang zu umfassender Vorsorge, Behandlung, Pflege und Unterstützung im Bereich HIV zu erreichen. Die vier strategischen Marschrichtungen umfassten optimierte HIV-Prävention und Diagnostik, bessere gesundheitliche Ergebnisse (etwa im Rahmen der Programme gegen Tuberkulose und Drogenabhängigkeit), stärkere und nachhaltigere Gesundheitssysteme und weniger Benachteiligung und strukturelle Behinderung im Zugang zu den Systemen.

Ein Delegierter des Landes, das derzeit die Präsidentschaft im Rat der EU innehat, begrüßte die Herangehensweise unter Betonung des Aspekts der Menschenrechte, der Einbeziehung der Zivilgesellschaft und der Begründung von Maßnahmen mit Erkenntnissen sowie die differenzierte Reaktion auf HIV für unterschiedliche Teile der Region. Komorbiditäten, insbesondere Tuberkulose und Hepatitis-Koinfektionen erforderten einen maßgeschneiderten Ansatz in jedem geografischen Teilbereich der Region. Angesichts der besonders in Osteuropa und Zentralasien alarmierenden Lage, werde der Nachdruck auf Maßnahmen in den Ländern im Osten der Region begrüßt. Alle Mitgliedstaaten sollten Investitionen in Präventionsmaßnahmen und Umsetzungskonzepte verstärken, die auf junge Menschen, auf Konsumenten von Injektionsdrogen und andere wichtige Bevölkerungsgruppen ausgerichtet seien. Seit den Anfängen der Epidemie hätten Menschen, die mit HIV/Aids lebten, energische und für sie zum Teil riskante Maßnahmen ergriffen. Sie müssten an der Entwicklung und Umsetzung des Aktionsplans beteiligt werden.

In der anschließenden Diskussion unterstützten viele Vertreter den Aktionsplan uneingeschränkt. Einige begrüßten besonders die Einbeziehung der vierten strategischen Richtung, welche sich auf die sozialen Determinanten von Gesundheit beziehe. Da die Europäische Region außerordentlich vielseitig sei, solle der Plan die Annahme nationaler Strategien ermöglichen, die auf die einzigartigen Umstände jedes Landes zugeschnitten seien. Wenngleich die Begleitung der Umsetzung des Aktionsplans wichtig sei, so sollten keine neuen Berichtspflichten auf die Schultern der ohnehin überlasteten Länder gelegt werden.

Wegen Inkompatibilitäten mit der nationalen Gesetzgebung oder dem Umgang mit der Epidemie widersetzten sich einige Länder einer Reihe von Punkten des Aktionsplans (etwa den Abschnitten zu Schadensminderung für Drogenkonsumenten, Opioidsubstitutionsbehandlung und zu Gesetzen und Vorschriften in Bezug auf HIV-Infektionen, namentlich zur Entkriminalisierung von Sexarbeit und zur Abschaffung von HIV-Zwangstests). Die für die Europäische Region bis 2015 in den Bereichen 1.1 (über 90% der Zielgruppenmitglieder getestet) und 1.5 (Ausdehnung der ART-Versorgung in allen Ländern der Region auf mindestens 80% der bedürftigen Menschen) aufgestellten Ziele wurden als zu ehrgeizig angesehen. Für die in den Abschnitten 1.2, 1.3, 1.4, 2.2 und 3.2 angeregten Indikatoren, die aus Anhang 1 zum Aktionsplan hervorgingen, wurde ausdrücklich Diskussionsbedarf angemeldet.

Ein als Beobachter teilnehmender Vertreter der Vereinigten Staaten von Amerika lobte die Europäische Region für ihre raschen Fortschritte in Bezug auf ihre Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids und betonte die Bedeutung der Partnerschaften und einer gemeinsamen Reaktion auf HIV/Aids.

Eine Stellungnahme wurde im Namen von sechs europäischen Organisationen abgegeben, die sich für den Zugang zu Behandlung und Versorgung für Menschen mit HIV sowie für die Verteidigung ihrer Menschenrechte einsetzen.

Es wurden Änderungen zum Resolutionsentwurf eingebracht, welche die Hindernisse für eine wirksame HIV-Prävention betonen und die Einheitlichkeit der verschiedenen Sprachfassungen sichern sollten. Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R8.



## Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015

(EUR/RC61/Conf.Doc./12)

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC61/R10, die bekräftigte, dass die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta und die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal stattfinden sollten, und entschied ferner, dass die 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen stattfinden solle. Es beschloss ferner, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

## Resolutionen

### **EUR/RC61/R1: Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts über die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze,<sup>1</sup>

in Anerkennung der ausgedehnten Erfahrungen des WHO-Regionalbüros für Europa in der Arbeit mit umfassenden Ansätzen der Gesundheitsentwicklung, hierunter „Gesundheit für alle“, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, GESUNDHEIT21, der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa und die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, sowie in der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen (Umwelt, Verkehr, Bildung, Justiz, Finanzen und Landwirtschaft) und mit Dienststellen auf subnationaler Ebene,

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC60/R5, in der die Regionaldirektorin ersucht wurde, eine europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ zu entwickeln, die als einheitlicher und kohärenter Handlungsrahmen für eine schnellere Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle dienen soll, der an die Gegebenheiten der Europäischen Region angepasst werden kann,

eingedenk des auf zwei Jahre angelegten Prozesses mit Vorlage der endgültigen Politik „Gesundheit 2020“ beim Regionalkomitee auf dessen 62. Tagung im Jahr 2012,

in Anerkennung früher eingegangener Verpflichtungen im Rahmen von Konzepten, Strategien und Plänen auf globaler und regionaler Ebene (die in Resolutionen und anderen kollektiven politischen Erklärungen ihren Niederschlag fanden) zur Bewältigung der gesundheitspolitischen Herausforderungen in der Region,

in Anbetracht des Engagements der Regionaldirektorin für die Entwicklung von „Gesundheit 2020“ durch einen stark partizipatorischen und integrativen Prozess,

eingedenk der unentbehrlichen Beiträge verschiedener Politikbereiche und aller staatlichen Ebenen sowie internationaler, zwischenstaatlicher, nichtstaatlicher und staatlicher Organisationen und Gremien zu den Bemühungen um gleiche Chancen auf Gesundheit und Wohlbefinden in der Region –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht über das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“, in dem Ziele, Wertvorstellungen, Struktur und Grundzüge der Politik sowie die wichtigsten Vorgehensweisen und geplanten Zielvorgaben dargestellt werden;
2. STIMMT ZU, dass eine neue europäische Gesundheitspolitik insbesondere auf folgende Schwerpunkte abzielen sollte: praktikable Konzepte und Interventionen, die in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der Region am meisten bewirken; die universellen konzeptionellen und fachlichen Innovationen, die den meisten Erfolg versprechen; ein beschleunigtes Vorgehen gegen gesundheitliche Ungleichheiten mit einem besonderen Augenmerk auf die ärmsten und am stärksten gefährdeten Gruppen; die Vorbereitung und Vorwegnahme von Veränderungen im kommenden Jahrzehnt; Unterstützung und Bedarfsgerechtigkeit für alle Mitgliedstaaten in der Region; und Bereitstellung eines einheitlichen konzeptionellen Handlungsrahmens, in dem das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten ihre Kräfte bündeln und mit internationalen Partnern zusammenarbeiten können;

<sup>1</sup> Dokument EUR/RC61/9

3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, vor der 62. Tagung des Regionalkomitees sämtliche Mitgliedstaaten zu konsultieren<sup>2</sup> und gemäß dem auf der 61. Tagung unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Delegationen vorgelegten Orientierungsrahmen den abschließenden Entwurf der Politik „Gesundheit 2020“ auszuarbeiten und dies mittels konkreter schriftlicher Konsultationen mit allen Mitgliedstaaten Anfang 2012 zu tun, um ausreichend Zeit für eine umfassende Beantwortung zu lassen, und ihn den Mitgliedstaaten bis zur 65. Weltgesundheitsversammlung zu präsentieren und dann der 62. Tagung des Regionalkomitees zur Annahme vorzulegen.

## **EUR/RC61/R2: Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts über die Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen,<sup>3</sup>

eingedenk der darin und in dem auf seiner 60. Tagung vorgelegten Dokument über die „Bewältigung der zentralen Herausforderungen für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik in der Europäischen Region: Fortschritte bei den Bemühungen um mehr Gesundheit in Europa“ beschriebenen gesundheitspolitischen Herausforderungen,<sup>4</sup>

in Anerkennung der Fortschritte in der Gesundheitspolitik durch frühere Initiativen, hierunter „Gesundheit für alle“, GESUNDHEIT21 und die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand,

in Erkenntnis der fortbestehenden Notwendigkeit, das Engagement für eine umfassende und stimmige Gesundheitspolitik zu erneuern und sich auf gesundheitspolitische Konzepte, Funktionen und Strukturen und die Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention zu konzentrieren sowie die Gesundheitssysteme in der Region zu stärken und eine interregionale Zusammenarbeit zu fördern –

1. BEFÜRWORTET die acht in dem Bericht genannten Wege zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region als eine Grundlage für die vom Regionalbüro angeregte Formulierung eines Europäischen Aktionsplans, der in die Zukunftsvision der Regionaldirektorin eingebettet ist, hierunter:
  - a) der breite Einsatz grundlegender gesundheitspolitischer Maßnahmen, wo angemessen,
  - b) die Stärkung der regulatorischen Rahmen zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit,
  - c) die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse durch Gesundheitsschutz,
  - d) die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse durch Krankheitsprävention,
  - e) die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse durch Gesundheitsförderung,
  - f) die Bereitstellung kompetenten Personals im Bereich der öffentlichen Gesundheit,
  - g) die Fortentwicklung von Forschung und Wissen im Sinne von Politik und Praxis,
  - h) die Organisationsstruktur der Dienste für die öffentliche Gesundheit;

<sup>2</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

<sup>3</sup> Dokumente EUR/RC61/10 und /Inf.Doc/1

<sup>4</sup> Dokument EUR/RC60/13



2. BEFÜRWORTET eine weitere Prüfung und Entwicklung der in den Berichten beschriebenen grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen als Ausgangspunkt für den Vorschlag des Regionalbüros, einen Europäischen Aktionsplan zu formulieren, der in die Zukunftsvision der Regionaldirektorin eingebettet ist;
3. ERSUCHT die Mitgliedstaaten<sup>5</sup>, an der vom WHO-Regionalbüro für Europa geleiteten Entwicklung eines Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit mitzuarbeiten;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) sicherzustellen, dass der Handlungsrahmen mit den Strategien der WHO auf globaler Ebene und den Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung abgestimmt wird,
  - b) die Angebote und Kapazitäten der Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie bestehende Lücken mit Hilfe des online verfügbaren Bewertungsinstrumentes der WHO zu beurteilen und den Mitgliedstaaten und dem Regionalkomitee darüber mitsamt Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu berichten,
  - c) auf Grundlage der oben genannten Bewertungen für die Region einen Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Rahmen einer Stärkung der Gesundheitssysteme in einem partizipatorischen Prozess unter Beteiligung der Mitgliedstaaten und Partner zu entwickeln,
  - d) den Europäischen Aktionsplan auf der 62. Tagung des Regionalkomitees zusammen mit und unter dem Schirm der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ zur Behandlung vorzulegen.

## **EUR/RC61/R3: Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)**

Das Regionalkomitee –

in Bekräftigung der Tatsache, dass nichtübertragbare Krankheiten Hauptursachen vermeidbarer Mortalität und Morbidität in der Europäischen Region der WHO sind,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC56/R2, mit welcher es die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten als strategischen Handlungsrahmen angenommen hat, mit dem die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ihre nationale Politik umsetzen und eine aktive internationale Zusammenarbeit betreiben können,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC57/R4, mit welcher es den zweiten Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007–2012) angenommen und die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas befürwortet hat,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC60/R7, mit welcher es die Beschlüsse der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit gemäß der Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit befürwortet hat,

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA53.17, WHA60.23 und WHA61.14, mit welchen die Weltgesundheitsversammlung den Aktionsplan zur Globalen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten befürwortet hat,

unter Hinweis auf Resolution WHA64.11, mit welcher die Weltgesundheitsversammlung die Erklärung der ersten globalen Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (Moskau, 28.–29. April 2011) befürwortet und die Generaldirektorin der WHO aufgefordert hat, konzertierte Maßnahmen zu ergreifen und über die Fortschritte Bericht zu erstatten,

---

<sup>5</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

Kenntnis nehmend von dem Prozess der höheren Priorisierung nichtübertragbarer Krankheiten zu einem globalen Gesundheitsproblem, insbesondere von der hochrangigen Konsultation in der Europäischen Region über nichtübertragbare Krankheiten (Oslo, 25.–26. November 2010), der ersten globalen Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (Moskau, 28.–29. April 2011), der bevorstehenden Tagung auf hoher Ebene der Generalversammlung der Vereinten Nationen über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (New York, 19.–20. September 2011) und der Veröffentlichung des globalen Lageberichts der WHO über nichtübertragbare Krankheiten,<sup>6</sup>

nach Prüfung des Berichts, der Vorschläge für einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) enthält,<sup>7</sup>

in Anerkennung der Zielsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016), Leitlinien zu konkreten evidenzbasierten Maßnahmen für die Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, die sich an die unterschiedlichen Erfahrungen sowie die vorhandenen Grundsätze und Gesetze der Mitgliedstaaten anpassen lassen, innerhalb eines Rahmenkonzepts bereitzustellen, das durch Monitoring und Evaluierung beeinflussbar ist,

in der klaren Erkenntnis, dass der Europäische Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) möglicherweise Anpassungen benötige, um mit dem auf der Weltgesundheitsversammlung 2012 anzunehmenden umfassenden Kontrollrahmen vereinbar zu sein,

ferner in Anerkennung dessen, dass der Europäische Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) mit den von den Mitgliedstaaten eingegangenen Verpflichtungen für die Umsetzung der Globalen Strategie und des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, der Globalen Strategie zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs und der Globalen Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit auf einer Linie liegt und abgestimmt ist,

die Tatsache bekräftigend, dass geeignete Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten, unter anderem deren Sozial- und Umweltdeterminanten berücksichtigen sollten, insbesondere die Ursachen von Benachteiligung gefährdeter Bevölkerungsgruppen und im gesamten Lebensverlauf,

ferner bekräftigend, dass die Ursachen und Folgen nichtübertragbarer Krankheiten mit psychischer Gesundheit, Gewalt und Verletzungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen wie auch mit bestimmten Infektionskrankheiten verbunden sind und dass ein Vorgehen gegen nichtübertragbare Krankheiten sich um Synergieeffekte mit Programmen gegen diese Erkrankungen bemühen sollte,

in Anerkennung, dass der Europäische Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) mit dem Handlungsrahmen für die öffentliche Gesundheit und der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ auf einer Linie liegen und abgestimmt sein wird –

1. STIMMT ZU, dass der Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe und Grundsatzoptionen bietet in Bezug auf eine Reihe möglicher konkreter Maßnahmen in der Europäischen Region zur Erreichung messbarer Verbesserungen bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten mittels umfassender, integrierter Konzepte, soweit erforderlich unter Berücksichtigung geltender nationaler Rechtsvorschriften und Politiken;
2. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF,<sup>8</sup>
  - a) den Aktionsplan je nach nationalen Anforderungen zur Benennung von Kernmaßnahmen für die Stärkung umfassender, integrierter nationaler Konzepte für nichtübertragbare Krankheiten und als Grundlage für internationale Zusammenarbeit zu nutzen,

<sup>6</sup> *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 ([http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/), eingesehen am 22. Juli 2011).

<sup>7</sup> Dokument EUR/RC61/12

<sup>8</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- b) die Reaktionsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme gegen nichtübertragbare Krankheiten zu stärken, unter anderem durch die Ausarbeitung nationaler Pläne und integrierter Konzepte für die Überwachung,
  - c) sektorübergreifende Konzepte zu fördern und zu unterstützen, um die Risiken nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich verhaltens- und umweltbedingter Risiken, wie im Aktionsplan dargestellt, abzubauen,
  - d) im Einklang mit ihrer nationalen Politik ihre Maßnahmen für Verhaltensänderung und Bürgerbeteiligung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten zu verstärken,
  - e) das Management nichtübertragbarer Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung zu verstärken, indem sie allgemeinen Zugang zu klinischer Vorsorge und Versorgung unter Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen und bei angemessener Finanzierung anbieten;
3. APPELLIERT AN internationale, zwischenstaatliche und nichtstaatliche Organisationen sowie Selbsthilfeorganisationen, den Aktionsplan zu unterstützen und ggf. mit den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro zusammenzuarbeiten, um die nationalen Konzepte und Pläne für die Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten zu stärken;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten<sup>9</sup> und auf der Grundlage der Ergebnisse der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen zum Thema nichtübertragbare Krankheiten sowie der von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2012 zu beschließenden Zielvorgaben und Indikatoren die entsprechenden Zielvorgaben und Indikatoren für die zentralen Aktionsbereiche in dem Aktionsplan zu konkretisieren und zu vervollständigen,
  - b) die Überwachung mit dem von der Weltgesundheitsversammlung 2012 anzunehmenden umfassenden Überwachungsrahmen abzustimmen,
  - c) mit Mitgliedstaaten und Organisationen zusammenzuarbeiten und ihnen bei ihren Bemühungen um die Umsetzung der vorrangigen Maßnahmen und Interventionen zu helfen, wie im Aktionsplan beschrieben,
  - d) Kooperationen mit staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und unter Mitgliedstaaten sowie mit der WHO, weiteren internationalen Organisationen und regionalen Akteuren zur Unterstützung des Aktionsplans zu fördern,
  - e) dem Regionalkomitee auf seiner 63. Tagung im Jahr 2013 einen Fortschrittsbericht und dem Regionalkomitee auf seiner 66. Tagung im Jahr 2016 einen Bericht über die Umsetzung des Aktionsplans vorzulegen.

## **EUR/RC61/R4: Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)**

Das Regionalkomitee –

erneut erklärend, dass schädlicher Alkoholkonsum eine erhebliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellt, wobei Konsumpegel und Schadensniveau in der Europäischen Region der WHO die höchsten Werte aufweisen,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC42/R8, durch die es die erste und zweite Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol und die auf der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol im Dezember 1995 in Paris angenommene Europäische Charta Alkohol billigte,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC49/R8, durch die es die dritte Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol billigte, und auf Resolution EUR/RC51/R4, durch die es die auf der WHO-Ministerkonferenz über Jugend und Alkohol im Februar 2001 in Stockholm angenommene Erklärung zum Thema Jugend und Alkohol unterstützte,

<sup>9</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

unter Hinweis auf Resolution WHA58.26 der Weltgesundheitsversammlung zu Beeinträchtigungen der öffentlichen Gesundheit durch schädlichen Alkoholkonsum,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC55/R1, durch die es den Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO billigte,

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA61.4 über Strategien zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums und WHA63.13 über eine globale Strategie zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums,

nach Prüfung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020),<sup>10</sup>

in Bekräftigung dessen, dass der Aktionsplan auf allen Ebenen Orientierung im Kampf gegen alkoholbedingte Schäden geben und vorrangige Handlungsbereiche für die Region bestimmen soll, in denen die Mitgliedstaaten verstärkt international zusammenarbeiten und alle sich an kosteneffektiven, geeigneten und umfassenden Gegenmaßnahmen beteiligen können, welche die religiösen und kulturellen Unterschiede angemessen berücksichtigen,

in Anbetracht dessen, dass der Aktionsplan auf einer Linie mit dem Europäischen Aktionsplan zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (2012–2016), dem Handlungsrahmen für Gesundheitspolitik und „Gesundheit 2020“ als neuem gesundheitspolitischem Rahmenkonzept der Europäischen Region liegen und mit diesen abgestimmt wird,

in Anbetracht der Gefahren für die öffentliche Gesundheit durch schädlichen Alkoholkonsum und der Bedeutung der Sicherung, dass die Mitgliedstaaten in der Umsetzung des Aktionsplans die Unterstützung und das Engagement aller an einem multidisziplinären Ansatz beteiligten Sektoren suchen,

im Bewusstsein, dass die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch schädlichen Alkoholkonsum in der Formulierung der Wirtschafts-, Vermarktungs- und Handelsgrundsätze auf nationaler und internationaler Ebene in geeigneter Weise berücksichtigt werden muss,

in Anerkennung der Führungsrolle der WHO für die Förderung einer internationalen Zusammenarbeit zur Umsetzung wirksamer und gut fundierter Alkoholkonzepte –

1. STIMMT ZU, dass der Aktionsplan der Europäischen Region zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) eine strategische Orientierung samt Grundsatzoptionen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO unter Berücksichtigung bestehender Verpflichtungen sowie neuer Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen für das nationale und internationale Handeln bietet;
2. EMPFIEHLT den Mitgliedstaaten<sup>11</sup>,
  - a) den Aktionsplan für die Formulierung oder, wo geeignet, Neuformulierung ihrer nationalen Alkoholpolitik und ihrer nationalen Aktionspläne zu nutzen,
  - b) die internationale Zusammenarbeit angesichts wachsender gemeinsamer und grenzüberschreitender Herausforderungen und Bedrohungen in diesem Bereich zu verstärken,
  - c) Grundsätze und Maßnahmen zur Minderung des schädlichen Alkoholkonsums zu fördern und zu unterstützen, welche die Interessen der öffentlichen Gesundheit wahren und schützen, und zugleich sicherzustellen, dass die zu diesem Zweck ergriffenen Maßnahmen das Prinzip der Verhältnismäßigkeit wahren und auf Erkenntnissen beruhen,
  - d) eine auf Erkenntnissen beruhende Herangehensweise zu fördern, welche alle staatlichen Ebenen sowie alle betroffenen Sektoren und Akteure einschließt und Gemeinschaften, Zivilgesellschaft und Privatsektor in die zur Verhütung bzw. Verringerung der alkoholbedingten Schäden benötigten Maßnahmen einbindet,

<sup>10</sup> Dokument EUR/RC61/13

<sup>11</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- e) Alkoholfreiheit in einer wachsenden Zahl von Umfeldern bzw. Umständen wie Arbeitswelt, öffentliches Verkehrswesen, Kinder- und Jugendbereiche und während der Schwangerschaft zu fördern,
  - f) die Reichweite der Alkoholvermarktung zu verringern und insbesondere Kinder und Jugendliche vor Alkoholreklame in jeglicher Form zu schützen,
  - g) sicherzustellen, dass die zum Zweck der Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums ergriffenen Maßnahmen mit internationalen Verträgen und Vereinbarungen im Einklang stehen;
3. FORDERT internationale, zwischenstaatliche und nichtstaatliche Organisationen sowie Selbsthilfeverbände AUF, den Aktionsplan zu unterstützen und mit den Mitgliedstaaten und dem WHO-Regionalbüro gemeinsam für die Entwicklung und Umsetzung nationaler Konzepte zu arbeiten, welche die negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen des schädlichen Alkoholkonsums mindern;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) in der Bewältigung dieses wichtigen gesundheitspolitischen Problems Führungsstärke zu zeigen und die Politiker der Europäischen Region in der Formulierung nationaler Konzepte und Pläne als Teil ihres Maßnahmenbündels gegen nichtübertragbare Krankheiten zu unterstützen,
  - b) Ablauf, Effekt und Umsetzung des Aktionsplanes zu beobachten, die gewonnenen Daten zur Überarbeitung und Erneuerung des Europäischen Informationssystems für Alkohol und Gesundheit zu nutzen und Daten für regelmäßige Berichte über Alkoholkonsum, Schäden und Gegenmaßnahmen in der Region zusammenzustellen,
  - c) Ressourcen zu mobilisieren, damit in der Region Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Krankheitsmanagement sowie Forschungs-, Auswertungs- und Überwachungsaktivitäten gemäß den Zielen des Aktionsplans angemessen gesichert sind,
  - d) mit den Mitgliedstaaten und Organisationen zusammenzuarbeiten und diese in ihrem Bemühen um die Entwicklung nationaler Konzepte zur Verhütung bzw. Verringerung der aus Alkoholkonsum entstehenden Schäden und der alkoholbedingten Probleme in der Region zu unterstützen,
  - e) Partnerschaften mit staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und unter Mitgliedstaaten sowie zwischen der WHO, weiteren internationalen Organisationen und regionalen Akteuren zur Unterstützung des Aktionsplans zu fördern und
  - f) weitere internationale Organisationen dafür zu gewinnen, die Ziele des Aktionsplans zu verfolgen.

## **EUR/RC61/R5: Erklärung und Aktionsplan der Europäischen Region zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien**

Das Regionalkomitee –

in der Erkenntnis, dass Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen gleichberechtigte Bürger sind, die das gleiche Recht auf Gesundheit und Sozialfürsorge, Bildung, Berufsausbildung, Schutz und Unterstützung haben wie andere Kinder und Jugendliche,

ferner in der Erkenntnis, dass diese Kinder in der Gesellschaft gleiche Chancen auf ein interessantes und erfüllendes Leben mit ihren Familien und mit anderen Gleichaltrigen haben sollten,

in Anerkennung der verbleibenden Herausforderungen, die sich aus der Entrechtung dieser Gruppe sowie ihren Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen in Langzeiteinrichtungen wie auch in ihrem lokalen Umfeld ergeben,

in der Erkenntnis, dass Menschen mit geistigen Behinderungen häufig von frühester Kindheit an in der Gesundheitsversorgung benachteiligt werden und dass die mit geistigen Behinderungen verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung eine weitere Verschärfung von Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Entwicklung zur Folge hat,

in Bekräftigung seiner Unterstützung für die einschlägigen Rechtsinstrumente der Vereinten Nationen, namentlich das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das Übereinkommen über die Rechte des Kindes und die Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte,

unter Begrüßung der in jüngster Zeit in der Europäischen Region ergriffenen neuen Initiativen zur Wahrung der Rechte von Menschen mit Behinderungen, die sich an dem Aktionsplan des Europarates für Menschen mit Behinderungen 2006–2015, der Europäischen Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020 und dem Aktionsplan der WHO für Behinderung und Rehabilitation 2006–2011 orientieren –

1. BEGLÜCKWÜNSCHT das WHO-Regionalbüro für Europa zur Organisation der Hochrangigen Konferenz „Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen und ihre Familien“, die in erfolgreicher Partnerschaft mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) erfolgte;
2. BEGRÜSST mit großer Genugtuung die enge und fruchtbare Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen, Betroffenen und Familienangehörigen, Experten, Gesundheitsfachkräften und anderen Partnern;
3. WÜNSCHT der Regierung Rumäniens gegenüber seine Dankbarkeit für das Ausrichten der Ministerkonferenz zum Ausdruck zu bringen;
4. DANKT der Regierung Serbiens für die Ausrichtung der Tagung zur Aushandlung der Erklärung und des Aktionsplans im Vorfeld der Ministerkonferenz, mit der ein wesentlicher Beitrag zur erfolgreichen Vorbereitung der Konferenz geleistet wurde;
5. STIMMT der Erklärung der Europäischen Region über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien<sup>12</sup> ZU, die auf der Hochrangigen Konferenz der WHO im November 2010 in Bukarest angenommen wurde;
6. NIMMT KENNTNIS von den zehn vorrangigen Bereichen, in denen Handlungsbedarf herrscht, damit junge Menschen mit geistigen Behinderungen und ihre Familien ein gesundes und erfülltes Leben führen können:
  - a) Schutz von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen vor Schaden und Misshandlung bzw. Missbrauch,
  - b) Eröffnung der Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, im familiären Umfeld aufzuwachsen,
  - c) Verlagerung der Betreuung von der institutionellen auf die gemeindenahere Ebene,
  - d) Bestimmung der individuellen Bedürfnisse jedes Kindes und Jugendlichen,
  - e) Gewährleistung der Koordination und Aufrechterhaltung qualitativ hochwertiger Angebote im Bereich der psychischen und körperlichen Gesundheit,
  - f) Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden betreuender Angehöriger,
  - g) Befähigung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen zur Teilnahme an sie betreffenden Entscheidungen,
  - h) Aufbau personeller Kapazitäten und deren Motivierung,
  - i) Zusammenstellung wesentlicher Informationen über Bedarf und Angebot und Gewährleistung der Qualität der Angebote,
  - j) Investition mit dem Ziel der Herstellung von Chancengleichheit und der Ergebnisoptimierung;

<sup>12</sup> *European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/51298/17/6, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/121263/e94506.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/121263/e94506.pdf), accessed 18 April 2011).



7. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF, diese Prioritäten durch Planung, Einführung und Umsetzung von Konzepten gemäß ihren in der Erklärung genannten Zuständigkeiten Schritt für Schritt in die Tat umzusetzen;
8. ERSUCHT die WHO-Regionaldirektorin für Europa, dafür Sorge zu tragen, dass die Maßnahmen und Programme, die der Erfüllung der Anforderungen der Erklärung und des Aktionsplans dienen, im Einklang mit dem Auftrag der WHO den ihnen gebührenden Vorrang und die entsprechenden Mittel erhalten, u. a. durch:
  - a) Ausübung von Führungskompetenz hinsichtlich der Aufgaben und der Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Einklang mit sämtlichen Normen und Grundsätzen auf europäischer und globaler Ebene, um den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihrer Familien gerecht zu werden,
  - b) Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Mitgliedstaaten mit dem Ziel der Qualitätsförderung in der Leistungserbringung sowie der Herstellung nachhaltiger Kapazitäten,
  - c) Unterstützung von Forschungsvorhaben, die zu ethisch begründeten und evidenzbasierten Konzepten in Politik und Praxis führen,
  - d) Überwachung des gesundheitlichen Status von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihrer Familien und Bewertung der Fortschritte bei der Umsetzung dieser Erklärung und des dazugehörigen Aktionsplans,
  - e) Eingehen einer Partnerschaft mit dem UNICEF, der Europäischen Kommission und dem Europarat sowie anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Bereichen, in denen gemeinsames Handeln die Umsetzung erleichtern kann;
9. UNTERSTÜTZT den durch die Erklärung gebilligten Aktionsplan, der einen Rahmen für Grundsatzkonzepte und Maßnahmen zur Verwirklichung der in der Erklärung genannten Ziele bis zum Jahr 2020 darstellt;
10. ERSUCHT die Regionaldirektorin, dem Regionalkomitee im Jahr 2016 über die erzielten Fortschritte Bericht zu erstatten.

## **EUR/RC61/R6: Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA51.17 (Neue und andere übertragbare Krankheiten: Antimikrobielle Resistenzen), WHA58.27 (Verbesserung der Eindämmung antimikrobieller Resistenzen) und WHA62.15 (Prävention und Bekämpfung multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulosestämmen) der Weltgesundheitsversammlung,

in Anerkennung der bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und der laufenden Anstrengungen im Rahmen der Globalen Strategie der WHO zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen wie auch der Tatsache, dass Sonderarbeitsgruppen und informelle Netzwerke auf globaler wie regionaler Ebene jeweils an bestimmten Aspekten der durch antimikrobielle Resistenz bedingten Probleme (umsichtige Verwendung antimikrobieller Mittel, Surveillance von Antibiotikaresistenzen etc.) ansetzen,

besorgt über die zunehmende Entstehung von Resistenzen gegen Antibiotika, einschließlich Reserveantibiotika wie Carbapeneme, sowie die mangelnden Bemühungen zur Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika,

ferner besorgt über die jährlich mehr als 25 000 Todesfälle infolge von nosokomialen Infektionen mit resistenten Bakterien allein in der Europäischen Union, die zu steigenden Kosten für Gesundheitswesen und Gesellschaft führen,

unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zwischen bakteriellen Resistenzen und nosokomialen Infektionen ein enger Zusammenhang besteht und dass umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Infektionsschutzes und der Steuerung des Antibiotikagebrauchs ein integriertes Konzept für die betreffenden Gesundheitseinrichtungen voraussetzen,

in der Erkenntnis, dass Infektionsschutzmaßnahmen und insbesondere Handhygiene äußerst kosteneffektive Maßnahmen zur Vorbeugung gegen eine Vielzahl von Infektionen sowie gegen Antibiotikaresistenz sind,

ferner in der Erkenntnis, dass Antibiotikaresistenzen dort auftreten, wo Antibiotika zum Einsatz kommen, doch vor allem dort, wo sie übermäßig oder unsachgemäß eingesetzt werden, dass Antibiotika nicht nur in der Humanmedizin, sondern auch in großem Umfang in der Fleischproduktion zur Anwendung kommen und dass aus vielen Ländern keine Daten über ihren Verbrauch vorliegen,

in Anbetracht dessen, dass der rezeptfreie Verkauf von Antibiotika über den Ladentisch in vielen Ländern weit verbreitet ist und dass eine Aufklärung über die umsichtige Verwendung von Antibiotika in der Ausbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen nicht oder nur unzureichend erfolgt,

in dem Bewusstsein, dass es zunehmend Anzeichen für einen engen Zusammenhang zwischen der Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen bei Menschen und ihrer Entstehung und Ausbreitung bei Tieren und in der Umwelt gibt und dass mögliche Lösungs-konzepte in allen betroffenen Bereichen ansetzen sollten,

in der Erkenntnis, dass die Surveillance des Antibiotikaverbrauchs wie auch der Antibiotikaresistenzen bei bakteriellen Infektionen nur Stückwerk ist und die hierzu vorliegenden Informationen verstreut und unvollständig sind,

nach Prüfung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotika-resistenzen,<sup>13</sup>

in dem Bewusstsein, dass multiresistente und extensiv resistente Tuberkulosestämme in einigen Ländern eine sehr hohe Prävalenz haben und in den meisten der nach Maßgabe des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen erstellten umfassenden Konzepte Berücksichtigung finden sollten –

1. NIMMT den Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als strategischen sektorübergreifenden Rahmen für die Umsetzung der Globalen Strategie der WHO zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen in der Europäischen Region AN;
2. FORDERT die Mitgliedstaaten<sup>14</sup> in der Europäischen Region der WHO NACHDRÜCKLICH AUF,
  - a) den politischen Willen zur Umsetzung der Globalen Strategie der WHO zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen durch den Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sowie die dazu erforderlichen Ressourcen aufzubringen und dabei jeweils aus den sieben strategischen Schwerpunkten des Aktionsplans die wichtigsten nationalen Prioritäten auszuwählen und nationale Aktionspläne auszuarbeiten,
  - b) eine umfassende Bestandsaufnahme ihrer jeweiligen nationalen Situation in Bezug auf antimikrobielle Resistenzen und Antibiotikagebrauch durchzuführen, die die Allgemeinbevölkerung, die Gesundheitseinrichtungen und die Fleischproduktion einschließt,
  - c) den Aufbau nationaler Systeme für Überwachung und Kontrolle von Antibiotikaverbrauch und Antibiotikaresistenzen zu unterstützen,
  - d) sektorübergreifende und allumfassende Koordinationsmechanismen auf nationaler Ebene zu begründen und offiziell zu verankern und dabei Kontakte zu Berufsverbänden, Interessengruppen für Patientensicherheit und anderen maßgeblichen nationalen Akteuren herzustellen,
  - e) die Einhaltung nationaler Empfehlungen in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu überprüfen und sicherzustellen,
  - f) angesichts der Notwendigkeit der Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika und Diagnostika zur Eindämmung von Antibiotikaresistenzen die Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie, der Wissenschaft und anderen relevanten Akteuren auszubauen,

<sup>13</sup> Dokument EUR/RC61/14.

<sup>14</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- g) nationale Kampagnen zur Sensibilisierung für die Ursachen der Antibiotikaresistenz zu unterstützen, u. a. durch Beteiligung an einem erweiterten Europäischen Antibiotikatag;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) bei der Reaktion auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Antibiotikaresistenz auch weiterhin Führungskompetenz auszuüben und den Mitgliedstaaten geeignete Instrumente und Leitlinien an die Hand zu geben und ihnen fachliche Unterstützung zu gewähren,
  - b) die Mitgliedstaaten<sup>15</sup> bei der Einschätzung ihrer eigenen Lage in Bezug auf Antibiotikaresistenz und Antibiotikaverbrauch sowie ihrer Fähigkeit zur Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Aktionspläne zu unterstützen,
  - c) einen Informationsaustausch und eine regionsweite Analyse in Bezug auf Antriebskräfte für die Entstehung von Antibiotikaresistenzen und diesbezügliche Trends zu erleichtern, namentlich durch Schaffung regionaler Foren für Austausch und Analyse von Daten,
  - d) in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten<sup>16</sup> Partnerschaften auf regionaler und globaler Ebene einzugehen, die der Mobilisierung personeller und finanzieller Ressourcen mit dem Ziel der Verbesserung der Fähigkeit zur Eindämmung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region und in den Mitgliedstaaten dienen,
  - e) gemeinsam mit den Partnern auf Ebene der Region Instrumente und Leitlinien zum Gebrauch von Antibiotika außerhalb der Humanmedizin zu prüfen und zu fördern und Innovation und Forschung mit dem Ziel der Entwicklung von Antibiotika und Diagnostika zu unterstützen,
  - f) gemeinsam mit den einschlägigen nichtstaatlichen Organisationen und den Interessengruppen für Patientensicherheit auf eine verstärkte Sensibilisierung für das Thema Antibiotikaresistenz und für die Bedeutung einer umsichtigen Verwendung von Antibiotika hinarbeiten,
  - g) dem Regionalkomitee bis 2014 jährlich und danach zweijährlich über Fortschritte bei der Umsetzung des Strategischen Aktionsplans Bericht zu erstatten und im Jahr 2020 einen Abschlussbericht vorzulegen.

## **EUR/RC61/R7: Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)<sup>17</sup> und der Vollversion des Aktionsplans,<sup>18</sup>

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA58.14 (Nachhaltige Finanzierung der Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose) und WHA62.15 (Prävention und Bekämpfung multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulosestämmen) der Weltgesundheitsversammlung sowie die auf dem Europäischen Ministerforum der WHO angenommene Erklärung von Berlin zur Tuberkulose und den Handlungsappell von Peking zur Bekämpfung der Tuberkulose und zur Verbesserung der Patientenversorgung,

mit Besorgnis feststellend, dass multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose (MDR- bzw. XDR-Tb) zu einer wachsenden Bedrohung für Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region der WHO geworden ist und dass 20% der globalen Krankheitslast in Bezug auf MDR-Tb auf die Europäische Region entfallen und ein Großteil ihrer Länder sogar Fälle von extensiv resistenter Tuberkulose (XDR-Tb) melden,

<sup>15</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

<sup>16</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

<sup>17</sup> Dokument EUR/RC61/15

<sup>18</sup> Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./3

ferner in der Feststellung, dass von den schätzungsweise jährlich 81 000 Patienten mit MDR-Tb in der Region nur etwa ein Drittel gemeldet wird (aufgrund der geringen Verfügbarkeit von mykobakteriellen Kulturen und von Resistenztests) und dass davon weniger als die Hälfte einer ordnungsgemäßen Behandlung zugeführt wird –

1. NIMMT den Konsolidierten Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) und die darin festgelegten Zielvorgaben, bis 2015 mindestens 85% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb zu diagnostizieren und mindestens 75% von ihnen erfolgreich zu behandeln, AN;
2. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF<sup>19</sup>,
  - a) ihre nationalen Gesundheitsstrategien bzw. ihre Konzepte zur Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb mit dem Konsolidierten Aktionsplan in Einklang zu bringen,
  - b) die sozialen Determinanten und die Herausforderungen für die Gesundheitssysteme, die im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb von Bedeutung sind, zu bestimmen und zu thematisieren und insbesondere nachhaltige Finanzierungsmechanismen einzuführen, die primäre Gesundheitsversorgung einzubinden und ggf. psychosoziale Unterstützung anzubieten,
  - c) allen Patienten mit medikamentenresistenter Tuberkulose den Zugang zur Frühdiagnose und zu einer wirksamen Behandlung zu erleichtern und bis 2015 einen allgemeinen Zugang herzustellen,
  - d) den Infektionsschutz gegen Tuberkulose zu intensivieren und die Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose wie auch die Überwachung von Behandlungsergebnissen zu verstärken,
  - e) ihre nationalen Kapazitäten auszubauen, um die Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose unter Einbeziehung von Organisationen der Zivilgesellschaft sowie anderen Partnerorganisationen und Akteuren zu verbessern,
  - f) durch Einführung patientenorientierter Konzepte und Mechanismen und ggf. durch Bereitstellung psychosozialer Angebote für die Patienten auf die Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen zu reagieren,
  - g) die Umsetzung der in dem Konsolidierten Aktionsplan skizzierten Maßnahmen eng zu überwachen und zu evaluieren;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans durch Führungskompetenz sowie durch strategische Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten aktiv zu unterstützen,
  - b) durch Einrichtung bzw. Ausbau von Kompetenz- und Wissenszentren sowie WHO-Kooperationszentren den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten zu erleichtern,
  - c) nationale und internationale Partnerorganisationen verstärkt dafür zu sensibilisieren, dass Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb ein vorrangiges Handlungsfeld für die Europäische Region darstellen,
  - d) eine Europäische Plattform „Stopp der Tb“ bzw. dazugehörige Mechanismen einzurichten, um die Beteiligung von nationalen und internationalen Partnerorganisationen, und namentlich Organisationen der Zivilgesellschaft, bei der Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb zu verstärken,
  - e) in Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen auf nationaler und internationaler Ebene angemessene Mechanismen zur Bewertung von Fortschritten bei der Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb auf Ebene der Region einzurichten, bei denen Organisationen der Zivilgesellschaft, die Bevölkerung und die Privatwirtschaft einbezogen werden, und dem Regionalkomitee ab 2013 in zweijährlichen Abständen darüber Bericht zu erstatten;

<sup>19</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

4. FORDERT die Organisationen der Zivilgesellschaft, die Partnerorganisationen auf nationaler und internationaler Ebene und die Entwicklungsorganisationen, und insbesondere den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und die Europäische Kommission, NACHDRÜCKLICH AUF, die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans nach besten Kräften zu unterstützen.

## **EUR/RC61/R8: Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015)**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids, die im Juni 2001 auf der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen wurde,

unter Hinweis auf die Politische Erklärung zu HIV/Aids, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Juni 2011 auf der Tagung auf hoher Ebene über Aids angenommen wurde,

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA54.10 und WHA55.12 der Weltgesundheitsversammlung, in denen eine Intensivierung der Bekämpfung von HIV/Aids gefordert wurde, sowie auf die Resolutionen WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 und WHA59.19, in denen eine Reihe von Strategien gebilligt wurde, an denen sich die Arbeit der WHO im Bereich HIV/Aids seitdem orientiert,

in der Erwägung, dass die im Jahr 2003 begonnene Strategie „3 bis 5“, deren Gegenstand die Ausweitung des Zugangs zur antiretroviralen Behandlung war, im Rahmen der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor zur Bekämpfung von HIV/Aids (2003–2007) ausgearbeitet und von der 56. Weltgesundheitsversammlung (Resolution WHA56.30) bestätigt wurde,

unter Hinweis darauf, dass die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2006 die Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zur HIV-Prävention bzw. zur Behandlung und Pflege der Betroffenen bis 2010 als Zielvorgabe ausgegeben hat und dass die WHO den Plan für einen allgemeinen Zugang zu Angeboten im Bereich HIV/Aids (2006–2010) entwickelt hat, der von der 59. Weltgesundheitsversammlung begrüßt wurde und seitdem als Leitschnur für die Arbeit der WHO dient,

unter Berücksichtigung der HIV/Aids-Strategie (2011–2015) des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS), der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor zur Bekämpfung von HIV/Aids (2011–2015) und der Mitteilung der Europäischen Kommission über die Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Union und in den Nachbarländern (2009–2013),

unter Hinweis auf seine Resolution über die Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC52/R9),

in Anerkennung der Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Erklärung von Dublin aus dem Jahr 2004 über Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien und zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele,

besorgt darüber, dass HIV eine zunehmend ernste Herausforderung für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO darstellt, in deren östlichem Teil sich die Epidemie so schnell ausbreitet wie nirgendwo sonst auf der Welt,

in der Erkenntnis, dass in der Europäischen Region bestimmte Bevölkerungsgruppen (injizierende Drogenkonsumenten und ihre Partner/innen, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Transgender, Prostituierte, Häftlinge und Migranten), die sozial marginalisiert sind und deren Verhalten gesellschaftlich stigmatisiert wird oder gegen das Gesetz verstößt, unverhältnismäßig stark von HIV betroffen sind,

besorgt darüber, dass die durch HIV am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen vor strukturell bedingten Hindernissen für den Zugang zu Prävention, Behandlung und Pflege im Bereich HIV stehen, die die bestehenden sozialen Ungleichheiten noch verschärfen, und dass die Länder der Region mit niedrigem bis mittlerem Einkommen in Bezug auf den Zugang zur lebensrettenden antiretroviralen Therapie schlechter gestellt sind als die meisten anderen Länder weltweit,

in der Erkenntnis, dass HIV auch Auswirkungen auf die Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten (insbesondere Tuberkulose) und auf die dabei erzielten Resultate hat und eine erhebliche finanzielle und personelle Belastung für die Gesundheitssysteme darstellt,

im Bewusstsein der übermäßigen Abhängigkeit der HIV-Programme in manchen Teilen der Region von externen Finanzmitteln aus aller Welt,

in der Erkenntnis, dass alle Länder der Europäischen Region durch Heranziehung von Erkenntnissen und Erfahrungen aus erfolgreichen Projekten und Maßnahmen in der gesamten Region ihre Handlungsmöglichkeiten konsequent nutzen können –

1. NIMMT den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) als einen Plan für die Europäische Region zur Umsetzung der Globalen Strategie für den Gesundheitssektor zur Bekämpfung von HIV/Aids (2011–2015) und der UNAIDS-Strategie 2011–2015 des Programmkoordinierungsausschusses von UNAIDS (PCB) sowie der einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und als dringenden Handlungsappell an die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region angesichts der Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch HIV/Aids AN;
2. EMPFIEHLT den Mitgliedstaaten<sup>20</sup>,
  - a) ihr politisches Engagement zu verstärken und die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen bereitzustellen, um bis 2015 in der Europäischen Region die Ausbreitung von HIV einzudämmen und eine Trendwende einzuleiten und einen allgemeinen und chancengleichen Zugang zu einer umfassenden Prävention, Behandlung und Pflege im Bereich HIV herzustellen, wie es in Millenniums-Entwicklungsziel 6 in Verbindung mit den anderen gesundheitsbezogenen Zielen (MZ 3, 4, 5 und 8) gefordert wird,
  - b) dafür Sorge zu tragen, dass ihre Präventionsprogramme auf die durch HIV besonders gefährdeten Hauptrisikogruppen abzielen und ein umfassendes Paket von Schadensminderungsmaßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten sowie Maßnahmen zur Verhinderung der sexuellen Übertragung von HIV auf Prostituierte sowie unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten umfassen,
  - c) die Verzahnung und Verknüpfung zwischen den HIV-Programmen und anderen Gesundheitsprogrammen in Bereichen wie Tuberkulose, Drogenabhängigkeit, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen, virale Hepatitis und nichtübertragbare und chronische Krankheiten weiter voranzutreiben,
  - d) die Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu verstärken, um die Bekämpfung von HIV sowie allgemeinere Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit voranzutreiben, zu denen leistungsfähige strategische Informationssysteme im Bereich HIV, die Bereitstellung von Leistungen gemäß den Bedürfnissen von Patienten und Kunden sowie eine reibungslose Bereitstellung qualitätsgesicherter und bezahlbarer Arzneimittel, Diagnostika und anderer Güter gehören,
  - e) dafür Sorge zu tragen, dass ihre Präventionsprogramme auf die durch HIV besonders gefährdeten Hauptrisikogruppen abzielen und ein umfassendes Paket von Schadensminderungsmaßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten sowie Maßnahmen zur Verhinderung der sexuellen Übertragung von HIV auf Prostituierte sowie unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten umfassen,
  - f) Partnerschaften mit öffentlichen wie privaten Akteuren einzugehen und dabei einen sektorübergreifenden Ansatz zu verfolgen und die Beteiligung von Menschen mit HIV, von Hauptrisikogruppen und von Akteuren aus der Zivilgesellschaft an der Gestaltung von Handlungskonzepten, an Entscheidungsprozessen und an der Wahrnehmung von Koordinationsaufgaben sowie an der Erbringung von Leistungen und der Überwachung und Bewertung nationaler Strategien und Pläne im Bereich HIV zu verstärken;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
  - a) die Umsetzung des Aktionsplans in der Europäischen Region durch Führungskompetenz, strategische Vision und fachliche Anleitung für die Mitgliedstaaten aktiv zu unterstützen,
  - b) Partnerschaften auf globaler wie regionaler Ebene einzugehen und um politischen Willen sowie um Mittel zur Stärkung bzw. Aufrechterhaltung der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV zu werben,

<sup>20</sup> und ggf Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- c) vorbildliche Praktiken und nützliche Erfahrungen zu bestimmen und ihren Austausch unter den Mitgliedstaaten zu erleichtern und evidenzgeleitete Instrumente für eine wirksame Bekämpfung von HIV zu entwerfen,
- d) die Fortschritte in den Mitgliedstaaten bei der Erreichung der Ziele und Vorgaben für die Europäische Region durch einen vereinheitlichten Prozess zur Erhebung, Meldung und Analyse von Daten zu überwachen und zu bewerten,
- e) dem Regionalkomitee auf seiner 64. und 66. Tagung in den Jahren 2014 bzw. 2016 über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) Bericht zu erstatten.

## **EUR/RC61/R9: Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC61/4 und EUR/RC61/4 Add. 1),

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC60/R3 über Führungsfragen beim WHO-Regionalbüro für Europa,

ferner unter Hinweis auf die Tatsache, dass bestimmte Aspekte der Führungsthematik von ihm zur weiteren Prüfung an den Achtzehnten Ständigen Ausschuss weiterverwiesen wurden, namentlich Fragen in Bezug auf Verknüpfungen zwischen dem Ständigen Ausschuss und dem Regionalkomitee –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. NIMMT die im Anhang dieser Resolution enthaltenen Änderungen an der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees AN;
3. FORDERT die Mitgliedstaaten dazu AUF, bei der Nominierung von Kandidaten für den Exekutivrat der WHO und den Ständigen Ausschuss die in diesem Anhang und in Resolution EUR/RC60/R3 genannten Kriterien in ihrer Gesamtheit anzuwenden;
4. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der Beratungen und Resolutionen der 61. Tagung des Regionalkomitees fortzusetzen;
5. ERSUCHT die Regionaldirektorin, gegebenenfalls auf die im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschläge zu reagieren und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

### **Anhang 1: Änderungsvorschläge zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses**

#### ***Regionalkomitee***

##### **Regel 14.2.2 b)**

„Das Präsidium des Ständigen Ausschusses bemüht sich – in Absprache mit dem Exekutivpräsidenten des Regionalkomitees und dem Regionaldirektor – um einen Konsens unter den Mitgliedstaaten, die Nominierungen eingereicht haben. Dabei bemüht sich der Ständige Ausschuss, die in Regel 14.2.1 genannten Kriterien wie auch die vom Regionalkomitee festgelegten zusätzlichen Kriterien in Bezug auf die



subregionale Gruppierung von Mitgliedstaaten und die Erfahrung und Qualifikationen der Kandidaten zu erfüllen.<sup>21</sup> Mitgliedstaaten, die Nominierungen eingereicht haben, können ...“

#### **Regel 14.2.2 c), sechste Zeile**

„ ... die nach Meinung des Ständigen Ausschusses – im Falle ihrer Wahl – die in Regel 14.2.1 genannten Kriterien wie auch die vom Regionalkomitee festgelegten zusätzlichen Kriterien in Bezug auf die subregionale Gruppierung von Mitgliedstaaten und die Erfahrung und Qualifikationen der Kandidaten<sup>22</sup> am besten erfüllen. Der Ständige Ausschuss ...“

### **Ständiger Ausschuss**

#### **Regel 9, erste Zeile**

Gemäß Regel 14.2.4 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees ist der Stellvertretende Exekutivpräsident des Regionalkomitees von Amts wegen Vorsitzender des Ständigen Ausschusses:

#### **Regel 9, dritte Zeile**

„Der Ständige Ausschuss wählt jedes Jahr auf seiner ersten anberaumten Tagung unter seinen Mitgliedern einen Stellvertretenden Vorsitzenden. Aus Gründen der Kontinuität, der verbesserten Organisationsführung und einer stärkeren Verknüpfung zwischen dem Regionalkomitee und dem Ständigen Ausschuss wird der Stellvertretende Vorsitzende des Ständigen Ausschusses normalerweise, sofern das Regionalkomitee nichts anderes beschließt, auf der Tagung des Regionalkomitees im Jahr nach seiner Wahl zum Stellvertretenden Exekutivpräsidenten des Regionalkomitees gewählt. Zu diesem Zeitpunkt wird er dann auch gemäß Regel 14.2.4 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees von Amts wegen Vorsitzender des Ständigen Ausschusses.

Die übrigen Bestimmungen der Regel 9, beginnend mit den Worten „Das Präsidium bleibt ...“ in der vierten Zeile, könnten dann zu einer neuen Regel 9 a werden.

## **EUR/RC61/R10: Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 60. Tagung angenommene Resolution EUR/RC60/R10 –

1. BEKRÄFTIGT, dass die 62. Tagung vom 10. bis 13. September 2012 in Malta abgehalten wird;
2. BEKRÄFTIGT, dass die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

<sup>21</sup> Resolution EUR/RC60/R3

<sup>22</sup> Resolution EUR/RC60/R3

## Anhang 1 Tagesordnung

### 1. Eröffnung der Tagung

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

### 2. Ansprache der Generaldirektorin

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

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

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

### 6. Grundsatz- und Fachfragen

- a) Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“
  - Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert
  - Das Gesundheitsgefälle: Erfahrungen der Europäischen Region im Umgang mit den sozialen Determinanten von Gesundheit
- b) Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO
  - Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn und den weiteren Weg
  - Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen
- c) Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)
  - Billigung der Erklärung über die Gesundheit von Kindern mit geistigen Behinderungen
- d) Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)
- e) Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen
- f) Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)

- g) Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015)
- h) Strategische Kohärenz der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa
  - Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern
  - Grundsätze für die Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

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

- a) Nominierung von vier Mitgliedern für den Exekutivrat
- b) Wahl von drei Mitgliedern für den SCRC
- c) Wahl von einem Mitglied für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- d) Jo-Asvall-Stipendium für Forschung im Bereich öffentliche Gesundheit

#### **8. Reform der WHO für eine gesunde Zukunft**

- Der Programmbudget als strategisches Instrument für die Rechenschaftsablage

#### **9. Partnerschaften**

#### **10. Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015**

#### **11. Sonstige Angelegenheiten**

#### **12. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

##### **Mittagessen der Minister**

Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert

Soziale Determinanten von Gesundheit

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

Impfstoff-Dekade

##### **Fachinformationssitzungen**

Gesundheit 2020 – Zielvorgaben

Reform der WHO für eine gesunde Zukunft

## Anhang 2

### Liste der Arbeitspapiere

#### Arbeitspapiere

EUR/RC61/1 Rev.1	Vorläufige Liste der Arbeitspapiere
EUR/RC61/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC61/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC61/4	Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC61/4 Add.1	Achtzehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC61/5	Bericht der Regionaldirektorin
EUR/RC61/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC61/7	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC61/7 Corr.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC61/7 Corr.2	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC61/8 Rev.2	Überblick über die auf der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa zu behandelnden Themen
EUR/RC61/9	Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze
EUR/RC61/10	Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen
EUR/RC61/11	Zusammenfassender Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn
EUR/RC61/12	Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)
EUR/RC61/13	Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)
EUR/RC61/14	Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen
EUR/RC61/15	Konsolidierter Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)

EUR/RC61/16	Kohärenz zwischen den Strukturen und Funktionen des Regionalbüros
EUR/RC61/17 Rev.1	Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa
EUR/RC61/18	Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Region
EUR/RC61/19	Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) (Zusammenfassung)
EUR/RC61/20	Führungsfragen in Bezug auf das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
EUR/RC61/21	Reform der WHO für eine gesunde Zukunft

## Konferenzdokumente

EUR/RC61/Conf.Doc./1	Bericht des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC61/Conf.Doc./2 Rev.1	Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze
EUR/RC61/Conf.Doc./3 Rev.2	Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen
EUR/RC61/Conf.Doc./4	Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)
EUR/RC61/Conf.Doc./5	Erklärung und Aktionsplan der Europäischen Region zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen und ihren Familien
EUR/RC61/Conf.Doc./6	Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)
EUR/RC61/Conf.Doc./7	Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region
EUR/RC61/Conf.Doc./8	Multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC61/Conf.Doc./9	Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa
EUR/RC61/Conf.Doc./10	Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Region
EUR/RC61/Conf.Doc./11	Europäischer Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015)
EUR/RC61/Conf.Doc./12	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2012–2015

## Informationsdokumente

EUR/RC61/Inf.Doc./1	Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe
EUR/RC61/Inf.Doc./2	Interim report on implementation of the Tallinn Charter

EUR/RC61/Inf.Doc./3	Roadmap for the implementation of the Consolidated Action Plan to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the WHO European Region 2011–2015
EUR/RC61/Inf.Doc./4	The new European policy for health – Health 2020
EUR/RC61/Inf.Doc./5	Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region
EUR/RC61/Inf.Doc./6	Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe
EUR/RC61/Inf.Doc./7	Setting targets for Health 2020
EUR/RC61/Inf.Doc./8	European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015
EUR/RC61/Inf.Doc./9	Health systems for better health: the WHO/Europe package of support for health systems strengthening
EUR/RC61/Inf.Doc./10	Programme budget as a strategic tool for accountability
EUR/RC61/Inf.Doc./11	The Rome Office of the WHO European Centre for Environment and Health (1991-2011): 20 years of experience
EUR/RC61/Inf.Doc./12	Consolidation of WHO/Europe's environment and health programmes

## Fachdiskussionen

EUR/RC61/TD/1	Fachdiskussion zur Ausarbeitung der neuen europäischen Gesundheitspolitik – Festlegung von Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“
EUR/RC61/TD/2	Fachdiskussion: Reform der WHO für eine gesunde Zukunft

## Hintergrunddokumente

EUR/RC61/BD/1	Report of the Working Group to Review Strategic Relations with Countries
EUR/RC61/BD/2	Report on the review of geographically dispersed offices
EUR/RC61/BD/3	Review of the European Observatory on Health Systems and Policies in Brussels

## Anhang 3 Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer

### I. Mitgliedstaaten

#### Andorra

##### *Repräsentant*

Dr. Josep M. Casals Alís  
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt

#### Aserbaidshjan

##### *Repräsentanten*

Prof. Ogtay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

Dr. Abbas Valibayov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

##### *Stellvertreter*

Dr. Nigar Aliyeva  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Dr. Elsevar Aghayev  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Niyazi Novruzov  
Gesundheitsminister der autonomen Republik Nachitschewan

Prof. Jamil Aliyev  
Leiter, Staatliches Zentrum für Onkologie

Prof. Ahliman Amiraslanov  
Rektor, Medizinische Universität Aserbaidshjans

Dr. Samir Abdullayev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

##### *Beraterin*

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

#### Belarus

##### *Repräsentant*

Dr. Vasily Zharko  
Gesundheitsminister

##### *Berater*

Prof. Genady Gurevich  
Leiter, staatliches Forschungszentrum für Lungenheilkunde und  
Tuberkulose

#### Belgien

##### *Repräsentanten*

Dr. Dirk Cuypers  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, Föderaler Öffentlicher  
Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und  
Umwelt

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

##### *Stellvertreterinnen*

Julie Van Handenhoven  
Attaché, Abteilung für internationale Beziehungen,  
Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der  
Nahrungsmittelkette und Umwelt



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

## **Bosnien und Herzegowina**

### **Repräsentant**

Sredoje Nović  
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

### **Stellvertreter**

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

Goran Čerkez  
Stellvertretender Minister, Internationale Kooperation  
und Koordination der strategischen Entwicklung,  
Gesundheitsministerium der Föderation Bosnien und  
Herzegowina

### **Berater**

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

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

## **Bulgarien**

### **Repräsentanten**

Dr. Stefan Konstantinov  
Gesundheitsminister

Dessislava Dimitrova  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

### **Stellvertreterin**

Prof. Tatiana Ivanova  
Stellvertretende Leiterin, Staatliches Zentrum für öffentliche  
Gesundheit und Analysen, Gesundheitsministerium

## **Dänemark**

### **Repräsentantinnen**

Dr. Else Smith  
Leitende Medizinalbeamtin und Generaldirektorin, Dänisches  
Gesundheitsamt

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

### **Stellvertreterinnen**

Marianne Kristensen  
Beraterin für internationale Angelegenheiten, Dänisches  
Gesundheitsamt

Anne Louise Avnstrøm  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

### **Beraterin**

Gitte Olesen Lingaard  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

## **Deutschland**

### **Repräsentanten**

Dr. Ewold Seeba  
Stellvertretender Generaldirektor, Bundesministerium für  
Gesundheit

Udo Scholten  
Stellvertretender Generaldirektor, Unterabteilung Europäische  
und internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

### **Stellvertreter**

Dagmar Reitenbach  
Leiterin, Referat Z 34, Globale Gesundheitspolitik,  
Bundesministerium für Gesundheit

Björn Kümmel  
Abteilungsleiter, Referat Z 34, Globale Gesundheitspolitik,  
Bundesministerium für Gesundheit

### **Berater**

Thomas Ifland  
Berater, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

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

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

### **Repräsentanten**

Jovica Andovski  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Snezhana Chichevalieva  
Leiterin, Abteilung für europäische Integration,  
Gesundheitsministerium

### **Stellvertreter**

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

## **Estland**

### **Repräsentanten**

Hanno Pevkur  
Minister für Soziales

Dr. Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

### **Stellvertreterinnen**

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

Marge Reinap  
Beraterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

## **Finnland**

### **Repräsentantinnen**

Dr. Päivi Sillanaukee  
Generaldirektorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Taru Koivisto  
Direktorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### **Stellvertreterinnen**

Dr. Marina Erhola  
Stellvertretende Generaldirektorin, Staatliches Amt für  
Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Eeva Ollila  
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### **Beraterinnen**

Dr. Gisela Blumenthal  
Beraterin für Gesundheit und soziale Entwicklung,  
Außenministerium

Suvi Huikuri  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## **Frankreich**

### **Repräsentanten**

Dr. Jean-Yves Grall  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Arbeit,  
Beschäftigung und Gesundheit

Brigitte Arthur  
Leiterin des Büros für internationale Gesundheit und Sozialschutz,  
Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten,  
Ministerium für Arbeit, Beschäftigung und Gesundheit

### **Stellvertreter**

Léa Das Neves Bicho  
Politikbeauftragte, Büro für internationale Angelegenheiten,  
Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten,  
Ministerium für Arbeit, Beschäftigung und Gesundheit

Benjamin Redt  
Politikbeauftragter, Abteilung Europäische und internationale  
Angelegenheiten, Generaldirektion Gesundheit, Ministerium für  
Arbeit, Beschäftigung und Gesundheit

Sarah Branchi  
Stellvertretende Direktorin für Gesundheit und soziale  
Entwicklung, Ministerium für auswärtige und europäische  
Angelegenheiten

Leopold Stefanini  
Ministerium für auswärtige und europäische Angelegenheiten

## Georgien

### *Repräsentant*

Irakli Giorgobiani  
Erster Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales

### *Stellvertreter*

Ekaterine Iashvili  
Beraterin, Koordinierungsmechanismus der Länder, Ministerium  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Seine Exzellenz Herr Teimuraz Sharashenidze  
Botschafter Georgiens in Aserbaidschan

## Griechenland

### *Repräsentanten*

Andreas Loverdos  
Minister für Gesundheit und soziale Solidarität

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

### *Stellvertreter*

Konstantinos Koutsourelakis  
Berater des Ministers für Gesundheit und soziale Solidarität

Vasileios Christou  
Berater des Ministers für Gesundheit und soziale Solidarität

### *Berater*

Othon Charalambakis  
Sonderberater des Ministers für Gesundheit und soziale  
Solidarität

## Island

### *Repräsentantin*

Vilborg Ingólfsdóttir  
Generaldirektorin, Abteilung für Qualitätssicherung und  
Prävention, Wohlfahrtsministerium

## Irland

### *Repräsentanten*

Dr. Tony Holohan  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

Louise Kenny  
Stellvertretende Leiterin, Referat Internationale Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

## Israel

### *Repräsentanten*

Dr. Boaz Lev  
Beigeordneter Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Prof. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Yair Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Informationspolitik und  
Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Seine Exzellenz Herr Michael Lotem  
Botschafter Israels in Aserbaidschan

## Italien

### *Repräsentanten*

Dr. Giuseppe Ruocco  
Leiter, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union  
und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

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

## Kasachstan

### *Repräsentantin*

Dr. Salidat Kairbekova  
Gesundheitsministerin

### **Stellvertreter**

Dr. Maksut Kulzhanov  
Leiter, Staatliches Zentrum für Gesundheitsentwicklung,  
Gesundheitsministerium

Gulnara Kulkayeva  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Management der  
Gesundheitsdienste, Gesundheitsministerium

### **Berater**

Laura Akhmetniyazova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Strategieentwicklung,  
Gesundheitsministerium

Dr. Tileukhan Abildayev  
Leiter, Nationales Tuberkulosezentrum

## **Kirgisistan**

### **Repräsentantin**

Paiza Suiumbaeva  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

## **Kroatien**

### **Repräsentant**

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

### **Stellvertreter**

Dr. Krunoslav Capak  
Stellvertretender Leiter, Kroatisches Public-Health-Institut

### **Beraterin**

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

## **Lettland**

### **Repräsentanten**

Juris Barzdins  
Gesundheitsminister

Rinalds Mucins  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

### **Berater**

Seine Exzellenz Herr Hardijs Baumanis  
Botschafter Lettlands in Aserbaidschan

## **Litauen**

### **Repräsentant**

Raimondas Šukys  
Gesundheitsminister

### **Stellvertreter**

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

### **Berater**

Prof. Zita Kučinskienė  
Dekanin, Medizinische Fakultät, Universität Vilnius

Prof. Vilius Grabauskas  
Kanzler, Medizinische Akademie, Litauische Universität für  
Gesundheitswissenschaften

## **Luxemburg**

### **Repräsentanten**

Laurent Jomé  
Leitender Bevollmächtigter, Gesundheitsministerium

Dr. Robert Goerens  
Leiter, Abteilung für Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion

## **Malta**

### **Repräsentanten**

Dr. Joseph R. Cassar  
Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

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

### **Stellvertreterinnen**

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

Maria Sciriha  
Politische Koordinatorin, Büro des Ständigen Sekretärs, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### **Berater**

Malcolm Vella Haber  
Persönlicher Referent des Ministers für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Tonio Cassar  
Sekretariatsleiter, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

## **Monaco**

### **Repräsentantinnen**

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

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

### **Stellvertreter**

Frédéric Pardo  
Sekretär für Außenbeziehungen, Abteilung Außenbeziehungen, Staatsministerium

## **Montenegro**

### **Repräsentanten**

Prof. Miodrag Radunović  
Gesundheitsminister

Dr. Kenan Hrapović  
Leiter, Krankenversicherungsfonds

### **Beraterin**

Dragana Ostojić  
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

## **Niederlande**

### **Repräsentanten**

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

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

## **Norwegen**

### **Repräsentanten**

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

Hilde Sundrehagen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### **Stellvertreter**

Arne-Petter Sanne  
Direktor, Direktion für Gesundheit

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

### **Berater**

Beate Stirø  
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Bengt Skotheim  
Leitender Exekutivbeamter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsdirektion

Bernt Bull  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Sverre Berg Lutnæs  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Arnhild Haga Rimestad  
Leitende Beraterin, Abteilung globale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

## Österreich

### Repräsentantinnen

Prof. Pamela Rendi-Wagner  
Generaldirektorin, Wirtschaftliche und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit

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

### Stellvertreter

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

## Polen

### Repräsentanten

Dr. Adam Fronczak  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Wojciech Kutyla  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

### Stellvertreter

Magdalena Stępkowska  
Assistentin des Unterstaatssekretärs, Gesundheitsministerium

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

Marcin Rynkowski  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Adam Wojda  
Leiter, Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

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

Anna Nowarska  
Sachverständige, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Prof. Andrej Wojtczak  
Hochschule für Finanzwesen und Management, Siedlce

Prof. Stanislaw Tarkowski  
Abteilung Gefahren der Umwelt für die Gesundheit, Nofer-Institut für Arbeitsmedizin

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

Lilianna Michalik  
Attaché, Ständige Vertretung Polens bei der Europäischen Union in Brüssel

Agnieszka Czupryniak  
Leiterin, Arbeitsgruppe für öffentliche Gesundheit, polnische Präsidentschaft des Rates der Europäischen Union, Gesundheitsministerium

## Portugal

### Repräsentanten

Fernando Leal da Costa  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Ricardo Baptista Leite  
Mitglied, Parlamentarischer Gesundheitsausschuss

### Stellvertreter

Prof. José Pereira Miguel  
Vorsitzender, Exekutivrat des staatlichen Gesundheitsinstituts „Doutor Ricardo Jorge“

Dr. Francisco George  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

## Republik Moldau

### *Repräsentant*

Andrei Usatii  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr Igor Bodiu  
Botschafter der Republik Moldau in Aserbaidschan

Octavian Ionesie  
Botschaftsrat, Botschaft der Republik Moldau in Aserbaidschan

## Rumänien

### *Repräsentanten*

Dr. Calin Alexandru  
Leiter, Direktion für Gesundheitsversorgung,  
Gesundheitsministerium

Eva Racz  
Persönliche Beraterin des Gesundheitsministers

## Russische Föderation

### *Repräsentantin*

Prof. Veronika Skvortsova  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und soziale  
Entwicklung

### *Stellvertreter*

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

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

### *Berater*

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

Dr. Roland Rassokha  
Leitender Sachverständiger, Abteilung für Internationale  
Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für  
Gesundheit und Soziale Entwicklung

Dr. Larisa Dementeva  
Stellvertretende Abteilungsleiterin, HIV/Aids, Abteilung  
Überwachung von viraler Hepatitis, Föderale Aufsichtsbehörde  
für Verbraucherschutz und Wohlbefinden

Oleg Kuvshinnikov  
Bürgermeister der Stadt Tscherepowez und Vorsitzender der  
Gesellschaft für gesunde Städte, Distrikte und Siedlungen

## Schweden

### *Repräsentanten*

Dr. Lars-Erik Holm  
Leitender Medizinalbeamter und Generaldirektor, Staatliches Amt  
für Gesundheit und Gemeinwohl

Niclas Jacobson  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit  
und Soziales

### *Stellvertreter*

Louise Andersson  
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Taina Bäckström  
Direktorin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Maria Möllergren  
Rechtsberaterin, Staatliches Amt für Gesundheit und  
Gemeinwohl

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

Maria Renström  
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

## Schweiz

### *Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Botschafter, Vizedirektor und Leiter, Abteilung Internationales,  
Bundesamt für Gesundheit



## **Stellvertreter**

Claude Crottaz  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Michael Jordi  
Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

## **Berater**

Herr Robert Thomson  
Wissenschaftlicher Referent, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

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

## **Serbien**

### **Repräsentanten**

Dr. Elizabet Paunović  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

Seine Exzellenz Herr Zoran Vajović  
Botschafter Serbiens in Aserbaidschan

### **Stellvertreterin**

Dr. Danijela Urosević  
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration, Gesundheitsministerium

## **Slowakei**

### **Repräsentanten**

Dr. Gabriel Šimko  
Leitender Beauftragter für öffentliche Gesundheit, Amt für öffentliche Gesundheit

Elena Jablonická  
Kontaktperson für die WHO, Gesundheitsministerium

## **Slowenien**

### **Repräsentant**

Dr. Dorijan Marušič  
Gesundheitsminister

### **Stellvertreterin**

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

## **Spanien**

### **Repräsentantinnen**

Dr. Carmen Amela Heras  
Generaldirektorin, Abteilung Öffentliche Gesundheit und internationale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

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

### **Stellvertreterin**

Dr. Karoline Fernández de la Hoz Zeitler  
Leiterin, Referat für Internationales, Generaldirektion Öffentliche Gesundheit und internationale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

## **Tadschikistan**

### **Repräsentanten**

Dr. Noursratullo Salimov  
Gesundheitsminister

Dr. Ilkhonjon Bandaev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## **Tschechische Republik**

### **Repräsentanten**

Dr. Vítězslav Vavroušek  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Jarmila Dvořáková  
Referentin, Gesundheitsministerium

## **Türkei**

### **Repräsentanten**

Prof. Recep Akdağ  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Hulusi Kılıç  
Botschafter der Türkei in Aserbaidschan

### **Stellvertreter**

Ö. Faruk Koçak  
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Mustafa Akçaba  
Berater, Gesundheitsministerium

### **Berater**

Hikmet Çolak  
Generaldirektor für Personalwesen, Gesundheitsministerium

Nuri Kaya Bakkalbaşı  
Erster Botschaftsrat, Botschaft der Türkei in Aserbaidschan

Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung für auswärtige Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinkılıç  
Stellvertretender Leiter, Abteilung für auswärtige  
Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Elif Ekmekçi Bor  
Leiter, Abteilung Europäische Union, Gesundheitsministerium

Seyhan Şen  
Stellvertretender Leiter, Abteilung für auswärtige  
Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Kağan Karakaya  
Leiter, Generaldirektorat für primäre Gesundheitsversorgung,  
Gesundheitsministerium

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

Dr. Ayşegül Gençoğlu  
Leiterin, Amt für öffentliche Gesundheit

Bahar Doğan  
Dritte Botschaftssekretärin, Botschaft der Türkei in Aserbaidschan

## **Turkmenistan**

### **Repräsentanten**

Dr. Dovlet Orazov  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und pharmazeutische  
Industrie

Seine Exzellenz Herr Toyli Komekov  
Botschafter Turkmenistans in Aserbaidschan

## **Ukraine**

### **Repräsentanten**

Oleksandr Tolstanov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Oleksandr Mishchenko  
Botschafter der Ukraine in Aserbaidschan

### **Stellvertreter**

Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale  
Beziehungen, Gesundheitsministerium

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

Dr. Vladimir Zhovtyak  
Leiter des Koordinationsrats, Netzwerk Gesamt-Ukraine der  
Menschen mit HIV/Aids

## **Ungarn**

### **Repräsentanten**

Dr. Hanna Páva  
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für nationale  
Ressourcen

Árpád Mészáros  
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für nationale Ressourcen

## Usbekistan

### *Repräsentant*

Dr. Adham Ikramov  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Dr. Abdunomon Siddikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

## Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

### *Repräsentanten*

Prof. Dame Sally Davies  
Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

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

### *Stellvertreterinnen*

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

Dr. Nicola Watt  
Gemeinsame Leitung für globale Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

## Zypern

### *Repräsentantin*

Dr. Olga Kalakouta  
Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Chryso Gregoriadou Eracleous  
Pflegedienstbeauftragte, Gesundheitsministerium

## II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

### Vereinigte Staaten von Amerika

Colin McIlff  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen internationalen Organisationen, Genf

## III. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen

### Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung

Dr. Arzu Guliyeva  
Staatliche Projektreferentin

### Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen

Tarana Bashirova  
Stellvertretende Repräsentantin in Aserbaidschan

### Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

#### *Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten (MOE/GUS)*

Kirsi Madi  
Stellvertretende Regionaldirektorin

Dr. Octavian Bivol  
Regionalbeauftragter, Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

#### *Länderbüro Aserbaidschan*

Mark Hereward  
Repräsentant

Dr. Rashed Mustafa  
Stellvertretender Repräsentant

## **Weltbank**

Dr. Elvira Anadolu  
Leitende Gesundheitssachverständige, Referat Menschliche  
Entwicklung, Region Europa und Zentralasien

## **Welternährungsprogramm**

Fuad Guseynov  
Leiter, Länderbüro Aserbaidschan

## **IV. Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**

### **Europäische Union**

#### ***Delegation der Europäischen Union in der Republik Aserbaidschan***

Maryam Haji-Ismayilova

Christophe Casillas

#### ***Europäische Kommission***

Canice Nolan

#### ***Ständige Vertretung der Europäischen Union bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf***

Thea Emmerling

### **Europarat**

Alexander Vladychenko

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

## **Alzheimer's Disease International**

Maria Moglan

Prof. Magda Tsolaki

## **Europäisches Forum der Ärzteverbände/ Weltärztebund**

Dr. Ramin Parsa-Parsi

## **Internationale Allianz der Patientenorganisationen**

Jolanta Bilinska

## **International Pharmaceutical Federation (Europharm Forum)**

Dr. Theodorus F.J. Tromp

## **International Special Dietary Food Industries**

Ronald Jager

## **Medicus Mundi International Network**

Remco van de Pas

## **VI. Beobachter**

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

Dr. Faye Haselkorn

Leiterin, Büro für Demokratie und Regierungsführung sowie  
kommissarische Direktorin des Gesundheitsbüros

Dr. Shirin Kazimov

Sachverständiger für das Management von  
Gesundheitsprojekten

Dr. Mehriban Mammadova

Sachverständiger für das Management von  
Gesundheitsprojekten

## **Europäische Allianz für öffentliche Gesundheit**

Anne Hoël

## **Europäisches Gesundheitsforum Gastein**

Lucy Freundel

Prof. Günther Leiner

## **European AIDS Treatment Group**

Anna Zakowicz

## **Georgische Allianz für Patientensicherheit**

Dr. Danelia Maka

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

Dr. Valery Chernyavskiy

Sandra Irbe

Prof. Michel Kazatchkine

Maria Kirova

## **Global Health Advocates**

Charlotte Goyon

## **Initiative Forschung und Entwicklung**

Dr. Aamir Javed Khan

## **KNCV-Tuberkulose-Stiftung**

Dr. Peter Gondrie

## **Nordischer Ministerrat**

Vilborg Hauksdottir

## **Union der Menschen in Osteuropa und Zentralasien mit HIV/Aids**

Nataliya Leonchuk

Sharifor Nofel

## **Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region**

Dr. Christopher Birt

Prof. Anders Foldspang

## **VII. Gäste und Berater auf Zeit**

Paul Dinsdale

Prof. Peter Donnelly

Dr. Nigel Edwards

Prof. Peter Goldblatt

Prof. Ilona Kickbusch

Dr. Mihály Kökény

Prof. Sir Michael Marmot

Ihre Exzellenz Frau Sandra Roelofs

Dr. Ian Scott

Dr. Robert Walgate

## Anhang 4

### Ansprache der Regionaldirektorin

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrter Herr Exekutivpräsident, sehr geehrte Frau Generaldirektorin, liebe Freunde, meine Damen und Herren,

Zu der diesjährigen Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa begrüße ich Sie herzlich. Gleich zu Anfang möchte ich unsere Entschlossenheit bekräftigen, unsere Anstrengungen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden unserer Bürger fortzusetzen und eine gerechtere Verteilung von Gesundheit in der Europäischen Region der WHO anzustreben, wie wir es im vergangenen Jahr auf der Tagung in Moskau gemeinsam beschlossen haben. Auch wenn sich die Lebenserwartung in unserer Region in den letzten 20 Jahren kontinuierlich erhöht hat, so möchten wir doch diesen Trend und damit den Abbau von Ungleichheiten fortsetzen. Mit dem Wissen und den Erkenntnissen, über die wir heute verfügen, können wir mehr tun – und mehr erreichen.

Gestatten Sie mir zunächst einmal, unsere gemeinsamen Erfolge und Vorhaben zu erläutern und dann auf die dringendsten bevorstehenden Herausforderungen sowie die Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung einzugehen. Dabei möchte ich nicht ausführlich über unsere Erfolge und Errungenschaften berichten – dazu sei auf meinen Bericht verwiesen –, sondern mich hier primär auf die noch vor uns liegenden Herausforderungen konzentrieren.

Davor jedoch möchte ich den Norwegern unser tiefes Mitgefühl angesichts der tragischen Ereignisse im vergangenen Sommer zum Ausdruck bringen, bei denen so viele unschuldige Menschen zu Tode gekommen sind. Unsere Gedanken sind bei all jenen, die ihr Leben verloren haben, und bei ihren Angehörigen. Auch innerhalb der WHO haben wir drei geschätzte Kollegen verloren, die einem feigen Anschlag auf das Büro der Vereinten Nationen in Abuja (Nigeria) zum Opfer fielen. Unser Mitgefühl gilt auch all denjenigen in unserer Region, die in anderen Krisensituationen ihr Leben verloren haben oder verletzt wurden.

Zunächst einmal möchte ich auf die Bedrohung unserer Region durch gesundheitliche Gefahren eingehen, die wir seit der Tagung des Regionalkomitees im vergangenen Jahr erfolgreich bewältigt haben, und dabei mit den Krisensituationen und gesundheitlichen Notlagen sowie den häufigsten übertragbaren Krankheiten beginnen.

Sie alle wissen, dass in einer Notlage die Bürger von den zuständigen Gesundheitsbehörden möglichst schnelle und effektive Gegenmaßnahmen erwarten. Bei solchen Ereignissen können die Mitgliedstaaten immer auf die Unterstützung der WHO zählen.

Die Krise in Nordafrika hat gezeigt, dass sich das Thema Migration und Gesundheit zu einer neuen Priorität entwickelt. Deshalb hat Italien im April in Rom eine Ministertagung einberufen, auf der es um eine Abstimmung der Maßnahmen zugunsten der Flüchtlinge aus Nordafrika ging. Der von mir damals auf der Tagung vorlegte Entwurf des Aktionsplans wurde unmittelbar im Anschluss daran fertig gestellt; mit seiner Umsetzung wurde umgehend begonnen, und als Endergebnis wird ein beim Regionalbüro angesiedeltes langfristiges Programm über Migration und Gesundheit angestrebt.

Doch Krisen ereignen sich nicht nur in den Mitgliedstaaten. In den vergangenen zwölf Monaten befand sich auch das Regionalbüro selbst an seinem Hauptsitz zeitweise im Ausnahmezustand. Nach der Überschwemmung kurz vor dem Regionalkomitee im letzten Jahr haben wir im Juli und August dieses Jahres noch zwei weitere Überschwemmungen erlebt. Es war ein sehr schwieriger Sommer für uns.

Unser Krisenstab hat unter meiner Führung Sofortmaßnahmen ergriffen, um die Sicherheit der Bediensteten, die Kontinuität unserer Arbeit, eine Sanierung der Gebäude und eine schnellstmögliche Wiedereröffnung des Büros zu gewährleisten. Gleichzeitig haben wir zusammen mit der dänischen Regierung nach kurz-, mittel- und langfristigen Lösungen gesucht.

An dieser Stelle möchte ich mich bei unseren Mitarbeitern für ihren außerordentlichen Einsatz in dieser schwierigen Phase und bei den dänischen Behörden für die zügige Veranlassung von Sofortmaßnahmen und die zusammen mit uns entworfenen langfristigen

Pläne zur Vermeidung ähnlicher Überschwemmungen in Zukunft bedanken. Wir freuen uns, dass eine vollständige Umsetzung dieser Pläne bis 1. Oktober 2011 vorgesehen ist.

Das Regionalbüro erledigt sämtliche Aufgaben in Bezug auf Not- und Krisensituationen nach Maßgabe der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV). Wir verfolgen ständig alle Ereignisse in der Region, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben könnten. Im Zeitraum 2010–2011 haben wir mit den Mitgliedstaaten etwa drei oder vier Ereignisse pro Woche überprüft; dies zeigt, dass die Europäische Region weiterhin wachsam sein muss, und unterstreicht gleichzeitig die Bedeutung und Dringlichkeit einer vollständigen Umsetzung der IGV in unserer Region. Zu unseren Prioritäten gehört auch weiterhin die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Einrichtung bzw. Stärkung ihrer IGV-Kernkapazitäten bis Juni 2012; dies geschieht in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und anderen Institutionen und Organisationen.

Im vergangenen Jahr habe ich Ihnen über den bedauerlichen Ausbruch des Polio-Wildvirus in Tadschikistan berichtet, der dann auf drei weitere Länder übergriff, nämlich Kasachstan, die Russische Föderation und Turkmenistan, und bei dem 30 Menschen ihr Leben verloren und weitere 475 Lähmungen erlitten. Seitdem haben die betroffenen Länder mit Unterstützung von der WHO und unseren Partnerorganisationen ausgezeichnete Arbeit geleistet. Der letzte Fall wurde im September 2010 gemeldet. Die betroffenen Mitgliedstaaten und ihre Nachbarländer haben in äußerst erfolgreichen und aufeinander abgestimmten Impfkampagnen insgesamt 45 Mio. Dosen des oralen Polioimpfstoffs verabreicht. Unter der Führung der WHO und mit starker Unterstützung von globalen Partnern wie dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) konnten wir mehr als 9 Mio. US-\$ für diese Maßnahmen mobilisieren.

Darüber hinaus freue ich mich, Ihnen mitteilen zu können, dass die Regionale Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region die Zertifizierung unserer Region als poliofrei bestätigt hat, wobei sie jedoch auch davor warnt, dass weiterhin in neun Mitgliedstaaten im Falle einer Einschleppung des Polio-Wildvirus ein hohes Übertragungsrisiko besteht. Ich hoffe, Sie werden sich die Karte im Foyer ansehen, auf der der Status Ihres Landes vermerkt ist, denn es gilt, wachsam zu sein und unsere Anstrengungen so lange fortzusetzen, bis eine weltweite Eradikation der Poliomyelitis erreicht ist. Meinen herzlichen Dank an die beteiligten Minister in den benachbarten und betroffenen Ländern für ihre großartige Führungskompetenz und Zusammenarbeit.

Ebenso benötigen wir Ihr volles Engagement und Ihre ganze Führungskompetenz auch bei der Bekämpfung der großen Masernausbrüche in der Region. Wir müssen die Anstrengungen zur Erfüllung der im letzten Jahr vom Regionalkomitee festgelegten Zielvorgaben für die Eliminierung von Masern und Röteln intensivieren. Die in hohem Maße erfolgreiche Europäische Impfwache, an der sich in diesem Jahr 52 Länder beteiligten, stellt hierbei ein geeignetes Instrument dar. Aserbaidschan hat auf diesem Gebiet große Fortschritte erzielt.

Als Nächstes möchte ich auf drei weitere besorgniserregende Probleme für unsere Region zu sprechen kommen, aber auch von einem großen Erfolg berichten. Unsere Region steht schon immer in vorderster Front bei der Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose, doch nun droht ihr ein besorgniserregendes Problem: die multiresistenten und extensiv resistenten Formen der Tuberkulose (MDR/XDR-Tb). Deshalb habe ich ein Sonderprojekt zur Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb eingerichtet, das sich auch speziell mit dem bisher weitgehend vernachlässigten Problem der Tuberkulose im Kindesalter beschäftigt. Um die Anstrengungen zu verstärken und eine umfassende Antwort auf die Bedrohung durch MDR- und XDR-Tb mit gezielten Maßnahmen zu ihrer Prävention und Bekämpfung zu ermöglichen, wird dem Regionalkomitee ein Konsolidierter Aktionsplan für den Zeitraum 2011–2015 zur Annahme vorgelegt.

Europa hat am 1. Juli als erste Region der WHO ein so genanntes „Green Light Committee“ eingerichtet, das inzwischen seine Arbeit aufgenommen hat und über die Bemühungen der Mitgliedstaaten zur Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Pläne zur Bekämpfung von MDR-Tb wachen und diese unterstützen wird. Das Regionalbüro steht hierbei in enger Zusammenarbeit mit all seinen Partnern, namentlich dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und den EU-Institutionen im Rahmen der Partnerschaft „Stopp der Tb“. Da der Konsolidierte Aktionsplan zusammen mit unseren Mitgliedstaaten und Partnern ausgearbeitet wurde, werden wir ihn auch gemeinsam bzw. in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten umsetzen.

Besorgniserregend ist auch die Tatsache, dass sich in den Ländern Osteuropas und Zentralasiens die Zahl der mit HIV lebenden Menschen seit dem Jahr 2000 verdreifacht hat. Von HIV sind vor allem gesellschaftliche Randgruppen betroffen, deren Verhalten sozial stigmatisiert oder kriminalisiert wird. Für diese Bevölkerungsgruppen wird der Zugang zu Angeboten im Bereich HIV durch strukturelle Hindernisse erschwert, und nicht alle Mitgliedstaaten haben hier die evidenzbasierten Strategien schon vollständig umgesetzt. So gehören die Länder Osteuropas und Zentralasiens leider zu denjenigen mit den niedrigsten Raten für den Zugang zur antiretroviralen Therapie (ART) – trotz der Tatsache, dass sich diese als ein wesentlicher Einflussfaktor bei der HIV-Prävention erwiesen hat. Neueste



Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass ART bei Paaren mit einem HIV-positiven Partner zu 96% vor einer heterosexuellen Übertragung des Virus schützt. Dies ist ein weiteres Argument für eine Verbesserung des Zugangs zu ART und eine Ausweitung von Frühdiagnose und Behandlung von HIV.

Um dieser Situation entgegenzuwirken, werden wir dem Regionalkomitee am Donnerstag den Europäischen Aktionsplan HIV/Aids (2012–2015) vorlegen, dessen Zielsetzung darin besteht, bis 2015 die Ausbreitung von HIV in der Europäischen Region einzudämmen und eine Trendwende einzuleiten und einen allgemeinen Zugang zu Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege im Bereich HIV herzustellen.

Eine weitere wachsende Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung ist die antimikrobielle Resistenz, die auch das Thema des Weltgesundheitsstages 2011 war. Damals haben wir eine Reihe öffentlichkeitswirksamer Aktionen in allen Teilen der Region unterstützt, darunter den offiziellen „Startschuss“ in Moskau, sowie ähnliche Veranstaltungen in Kopenhagen, Straßburg, Rom, Kiew und London. Wir haben außerdem ein Buch über Antibiotikaresistenzen aus der Perspektive der Lebensmittelsicherheit veröffentlicht.

Es handelt sich um ein Problem von enormen Ausmaßen, das von komplexen Faktoren beeinflusst wird, darunter der Missbrauch von Antibiotika (nicht nur beim Menschen, sondern auch in der Landwirtschaft), unzureichende Vorschriften und ein mangelndes Bewusstsein in vielen Ländern. Leider sind derzeit keine neuen Arzneimittel in der Entwicklung, doch wir dürfen diese hochwirksame Waffe im Kampf gegen Infektionskrankheiten nicht verlieren.

Deshalb hat das Regionalbüro einen Strategischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Europäischen Region ausgearbeitet, der Ihnen am Donnerstag vorgelegt wird. Er knüpft an der Arbeit der WHO zur Vorbereitung des Weltgesundheitsstages 2011, aber auch an der hervorragenden Arbeit der EU auf diesem Gebiet an.

Doch nun zu der Erfolgsgeschichte. In der gesamten Europäischen Region der WHO wurden außerordentliche Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung der Malaria erzielt, so dass wir nun auf bestem Wege sind, das in der Erklärung von Taschkent festgelegte Ziel einer Eliminierung der Malaria bis zum Jahr 2015 zu erreichen. 2010 wurden aus nur fünf Ländern der Europäischen Region nur noch insgesamt 176 örtlich entstandene Malariafälle gemeldet. Turkmenistan wurde im vergangenen Jahr als malariafrei zertifiziert, und wir hoffen, dass Armenien bis Ende 2011 ebenfalls eine Zertifizierung erhält. Auch für Georgien sind die Experten zuversichtlich, dass dort 2010 eine Unterbrechung der Übertragung von Malaria gelungen ist. Erwähnen möchte ich nicht zuletzt auch die Erfolge unseres Gastgeberlandes Aserbaidschan in seinen Bemühungen um Eliminierung der Malaria.

Als Nächstes möchte ich auf die enorme Krankheitslast in der Europäischen Region zu sprechen kommen – die „stillen Killer“, die sich infolge der Entwicklung unserer Kultur sowie aufgrund von Rahmenbedingungen und politischen Konzepten ausbreiten, die ungesunde Verhaltensweisen begünstigen.

Wie Sie wissen, stellt die Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten in jedem einzelnen unserer Länder die größte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar. Von den sechs WHO-Regionen teilen sich Europa und Gesamtamerika die zweifelhafte Ehre, den höchsten Anteil an Todesfällen infolge von nichtübertragbaren Krankheiten und Unfallverletzungen zu haben. Darüber hinaus liegt die Region Europa bei nahezu allen Risikofaktoren an erster Stelle.

Doch gleichzeitig ist die Europäische Region auch bei der Prävention und Gesundheitsförderung führend, und unsere Erfahrungen deuten darauf hin, dass wir in dem Zeitrahmen des Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016), der Ihnen auf dieser Tagung des Regionalkomitees vorgelegt wird, messbare Fortschritte erzielen können. Der Aktionsplan basiert auf Erkenntnissen aus der gesamten Welt, nach denen die Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten keine chronische Belastung auf Ebene der Bevölkerung ist. Vielmehr konnten zahlreiche Länder und Projekte in der Europäischen Region schnelle Erfolge verzeichnen, etwa den zügigen Rückgang der Zahl der Todesfälle infolge ischämischer Herzerkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten.

In den zwölf Monaten seit der letzten Tagung des Regionalkomitees konnten – in der Europäischen Region wie weltweit – außergewöhnliche Fortschritte im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten erzielt werden. Die Konsultation der Europäischen Region in Oslo hat eine dynamische Debatte in Gang gebracht, aber auch zu einem grundlegenden Konsens hinsichtlich der globalen Bedeutung nichtübertragbarer Krankheiten geführt. Die Ergebnisse dieses Prozesses werden als Beitrag der Region in die nächste Woche stattfindende Tagung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene zum Thema nichtübertragbare Krankheiten einfließen. Die führende Rolle der Europäischen Region kam auch bei der Ausarbeitung der Erklärung von Moskau auf der ersten globalen

Ministerkonferenz über gesunde Lebensführung und die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten deutlich zum Ausdruck. Diese enthält eine Handlungsverpflichtung, die in erheblichem Maße die Grundlage unseres Aktionsplans bildet.

Zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, die 2006 einstimmig gebilligt wurde, ist nun ein konkreter Aktionsplan vorgesehen. Seine Zielsetzung besteht darin, eine messbare Wirkung in Bezug auf die Epidemie und ihre Determinanten in unserer Region herbeizuführen. Diese Diskussion steht am Mittwoch auf der Tagesordnung. Der Aktionsplan wird vollständig im Einklang mit der Abschlusserklärung der Tagung der Vereinten Nationen stehen, aber mit einem Unterschied: Die Festlegung von Zielvorgaben ist nicht mehr vorgesehen, und so wird das auch bei uns sein.

Ich bin überzeugt, wir können hier auf den stolzen Traditionen und guten Erfahrungen in unserer Region aufbauen. Mit der Zustimmung der Weltgesundheitsversammlung zur Erklärung von Moskau, der Veröffentlichung des Globalen Sachstandsberichts 2010 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten im April und der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen sind nun die Voraussetzungen für eine gelungene Umsetzung des Aktionsplans gegeben, der – wie ich hoffe – vom Regionalkomitee angenommen wird.

Ein weiterer vorrangiger Themenbereich ist die psychische Gesundheit; mit diesem Thema wollen wir uns im kommenden Jahr auf dem Regionalkomitee näher beschäftigen. Die Außenstelle des Regionalbüros in Athen zum Thema nichtübertragbare Krankheiten, die von der griechischen Regierung finanziert und noch in diesem Monat eingeweiht wird, soll eine weitere Stärkung der Kompetenz in diesem bedeutenden Handlungsfeld bewirken. Ich danke der griechischen Regierung für ihr Engagement und ihre Unterstützung.

Nun möchte ich auf die Exposition gegenüber bestimmten Determinanten von Gesundheit eingehen, die die Entstehung von Erkrankungen entweder begünstigen oder verhindern. Nichtübertragbare Krankheiten entstehen durch eine komplexe, doch inzwischen durchaus geklärte kausale Abfolge, bei der an verschiedenen Punkten Interventionen möglich sind. Die vier Krankheiten, auf die wir uns hier konzentrieren, und ihre biologischen Risikofaktoren ergeben sich aus einer Reihe veränderbarer Verhaltensweisen, die sozial bedingt sind, sowie im Rahmen übergeordneter weltweiter Trends aus der zunehmenden Verstärkung und der Bevölkerungsalterung.

Deshalb müssen unsere Lösungen auf regionaler wie nationaler Ebene an mehr als nur einem Punkt in diesem Ursachengeflecht ansetzen. Wir müssen in Bezug auf die Folgen der vier Krankheiten Abhilfe schaffen, insbesondere für die benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Wir müssen gleichermaßen auf Verhaltensweisen und Risikofaktoren Einfluss nehmen, und wir müssen konsequent an den sozialen und umweltbedingten Determinanten nichtübertragbarer Krankheiten ansetzen, wie wir dies im Rahmen unserer Arbeit an der neuen europäischen Gesundheitspolitik tun. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat sich stets entschlossen für eine Thematisierung dieser Determinanten eingesetzt und nimmt auf diesem Gebiet in Europa durch die Arbeit seiner Büros in Venedig, Rom, Bonn und nun Athen eine führende Rolle ein.

Unser übergeordnetes Ziel muss es sein, sektorübergreifend politische Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen die gesunde Wahl leicht gemacht wird, wie in der Charta von Ottawa zur Gesundheitsförderung propagiert. Dies entspricht auch dem von der finnischen EU-Präsidentschaft so energisch verfolgten Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“, hinter dem wir uneingeschränkt stehen.

Bei der Bekämpfung des Tabakkonsums konnte die Europäische Region im Zeitraum 2010–2011 gute Fortschritte erzielen, und zahlreiche Länder sind dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) beigetreten und haben seitdem weitreichende Rauchverbote eingeführt. Es ist eine Ehre für unsere Region, dass die Generaldirektorin der WHO dem griechischen Ministerpräsidenten einen besonderen Preis verliehen hat, mit dem seine Führungsstärke bei der Realisierung eines gesamtstaatlichen Konzeptes zur Tabakbekämpfung gewürdigt wurde, bei dem er von seinem Minister für Gesundheit und soziale Solidarität, Herrn Loverdos, äußerst tatkräftig unterstützt wurde.

Und es gibt noch eine Determinante, bei der es nun Zeit für schnellere Fortschritte ist, nämlich Alkoholkonsum. Wir brauchen ein erneuertes Engagement zur Bekämpfung des schädlichen Alkoholkonsums, des nach dem Rauchen zweitwichtigsten Risikofaktors in unserer Region in Bezug auf Todesfälle und Behinderung. Der vom Regionalbüro im Januar 2011 veröffentlichte Europäische Sachstandsbericht „Alkohol und Gesundheit 2010“ spricht in dieser Beziehung eine klare Sprache. Deshalb wurde der Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) ausgearbeitet, der in vollem Umfang mit der globalen Strategie und der Resolution der Weltgesundheitsversammlung vereinbar ist. In dem Aktionsplan wird

eine Vielzahl evidenzbasierter Handlungsoptionen zu Ihrer freien Auswahl vorgeschlagen. Die wichtigsten Ansatzpunkte für Grundsatzmaßnahmen in den Aktionsplänen gegen Alkoholkonsum und nichtübertragbare Krankheiten sind sektorübergreifender Natur und umfassen eine Reihe regulatorischer Fragen.

Die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma (Italien) hat der Tätigkeit des Regionalbüros in diesem wichtigen Themenfeld neue Impulse verliehen und die Steuerung im Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa gestärkt. Hierbei konnte auf der ausgezeichneten und lange bewährten Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Politikbereichen aufgebaut werden. Dies führte zur Einsetzung des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit, auf dessen erster Tagung im Mai 2011 in Paris vereinbart wurde, wie die Fortschritte bei der Verwirklichung der Verpflichtungen und Zielvorgaben aus der Erklärung von Parma überwacht werden sollen. Im Oktober findet auf Einladung Sloweniens eine Tagung der Europäischen Sonderarbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit statt, in der die nationalen Ansprechpartner und die maßgeblichen Interessengruppen und Partnerorganisationen vertreten sind, die die Umsetzung der Verpflichtungen von Parma auf der nationalen Ebene steuern.

Zusammen mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen beteiligt sich das Regionalbüro an der Ausarbeitung des Berichts der Europäischen Region über nachhaltige Entwicklung zur Vorlage auf der 2012 in Rio de Janeiro stattfindenden Konferenz über nachhaltige Entwicklung. Konkret hat es in Zusammenarbeit mit einer Reihe von Partnerorganisationen die Federführung bei der Ausarbeitung des Kapitels über die gesundheitliche und soziale Dimension übernommen.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Schließung der Außenstelle in Rom Ende 2011 aufgrund veränderter Prioritäten seitens der italienischen Regierung kam es zu einer groß angelegten Bestandsaufnahme der Arbeit des Regionalbüros im Bereich Umwelt und Gesundheit. Ich möchte an dieser Stelle die bedeutende Rolle des Büros in Rom und seinen Beitrag zum Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa über zwei Jahrzehnte hervorheben und mich bei der italienischen Regierung für ihren großzügigen Beitrag in diesem Zeitraum bedanken.

Dank einer Vereinbarung mit der deutschen Regierung wird nun eine Ausweitung des Büros in Bonn möglich. Dadurch werden bis Januar 2012 die Programme im Bereich Umwelt und Gesundheit in Bonn gefestigt, wobei eine kleine Kernpräsenz in Kopenhagen erhalten bleibt. Ich danke der deutschen Regierung für ihre Unterstützung.

Bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele sind in einigen Bereichen erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Da es hierbei aber beträchtliche Unterschiede innerhalb der Europäischen Region gibt, habe ich die Millenniums-Entwicklungsziele zu einer Priorität für alle Ebenen des Regionalbüros gemacht und dafür einen Sonderbeauftragten ernannt.

Die WHO hat die Federführung in einer interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Beseitigung von Ungleichheiten bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele inne, die ein kohärentes und abgestimmtes Konzept für das System der Vereinten Nationen ausarbeiten soll. Ein erster Entwurf des Berichts der Gruppe liegt Ihnen auf dieser Tagung als Informationsdokument mit der Bitte um Stellungnahme vor. Erwähnen möchte ich auch unsere Zusammenarbeit mit der Gattin des georgischen Präsidenten, Frau Sandra Roelofs, nach ihrer Ernennung zur Botschafterin des guten Willens in der Europäischen Region für die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele.

Gestatten Sie mir, mich nun den Gesundheitssystemen zuzuwenden – und dem Aspekt der Bevölkerungsgesundheit, der heute in unserer Arbeit wieder einen höheren Stellenwert einnimmt.

Die vollständige Umsetzung der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ ist eine Priorität und erfolgt in Verbindung mit der neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“. Diese beiden Handlungsfelder ergänzen einander. Unter dem Einfluss von „Gesundheit 2020“ haben sich die Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme mehr hin zu den gesundheitlichen Resultaten verlagert, und die Politik „Gesundheit 2020“ wird noch einen großen Schritt weiter gehen, indem sie den Aspekt der Bevölkerungsgesundheit und der Steuerung neu belebt.

Ein Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta steht am Dienstag auf der Tagesordnung. Durch einen Austausch mit den Mitgliedstaaten hat sich bestätigt, dass die Charta von Tallinn zu einem dynamischen Grundsatzdialog über Erhaltung, Reformierung und Ausbau der Gesundheitssysteme geführt hat und dass die Länder ihre Wertvorstellungen und Grundsatzziele in die Praxis umsetzen.

Wie bereits erwähnt, arbeiten wir an einem neuen Konzept, das die Gesundheitssysteme primär aus dem Blickwinkel der Gesundheitsresultate betrachtet, indem etwa der Gesundheitssystemansatz oder dessen Philosophie auf Krankheiten oder Gesundheitsprobleme wie nichtübertragbare Krankheiten oder MDR- und XDR-Tb angewandt wird. Dieser neue Ansatz, der Gesundheitssysteme und Bevölkerungsgesundheit miteinander verbindet, ist das Ergebnis von 15 Jahren Grundlagenarbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme, bei der die Bausteine so angeordnet wurden, dass die strategische Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf konkrete Gesundheitsresultate gewährleistet ist. Dieser Ansatz macht es erforderlich, die Leistungserbringung in den Mittelpunkt zu stellen. Er steht auf drei Säulen:

1. Ausgangspunkt sind die erwarteten gesundheitlichen Resultate und Prioritäten.
2. Dann werden optimale Strategien für die Leistungserbringung ermittelt, wobei die inhaltliche Ausgestaltung bei den zuständigen Fachbereichen liegt.
3. Schließlich werden die Hindernisse identifiziert, die die Gesundheitssysteme an der Bereitstellung wirksamer Gesundheitsleistungen hindern, und unter den Rubriken Leistungserbringung, Steuerung, Finanzierung und Ressourcen eingeordnet.

Wir entwickeln auch ein konsolidiertes Paket von Strategien und Angeboten in Bezug auf die Stärkung der Gesundheitssysteme; dazu gehören die Werkzeuge und Instrumente, die den Mitgliedstaaten heute und in Zukunft helfen sollen. Nähere Informationen finden Sie in einem Informationsdokument in Ihren Tagungsunterlagen.

In der Europäischen Region und weltweit haben sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verändert. Die Finanzkrise zwingt uns dazu, die Gesundheitsausgaben genauer zu prüfen, und die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten verdeutlicht im Zusammenwirken mit anderen Herausforderungen einmal mehr die Notwendigkeit umfassender Konzepte in den Gesundheitssystemen. Vor diesem Hintergrund sind gesundheitspolitische Rahmenkonzepte auf nationaler Ebene mit systemweiten Analysen wichtiger denn je. Dies ist ein vorrangiges Projekt, bei dem der Global Policy Council die Federführung innehat.

Um eine möglichst effiziente Nutzung knapper Ressourcen zu gewährleisten, ist es von entscheidender Bedeutung, Präventionsmaßnahmen stärker in den Vordergrund zu stellen, Aspekte der Bevölkerungsgesundheit stärker hervorzuheben und dem Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ nachdrücklich Geltung zu verschaffen. Dies sind auch Grundelemente unserer neuen europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“. Wie Sie wohl festgestellt haben, gibt es Hinweise darauf, dass Prävention sich oft unmittelbarer auswirkt als bisher angenommen. Ich habe das Observatorium damit beauftragt, mit Unterstützung durch den Leitenden Wissenschaftler beim Regionalbüro eine Studie über die Ökonomie der Prävention zu erstellen.

Die öffentlichen Gesundheitsdienste sind für mich ein vorrangiger Bereich, da sie im Hinblick auf den Schutz und die Förderung von Gesundheit sowie die Krankheitsprävention eine entscheidende Rolle spielen und da sie wohl der effizienteste und wirtschaftlichste Weg sind, um die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu verbessern. Ich habe deshalb beschlossen, die öffentlichen Gesundheitsdienste als einen grundlegenden Bestandteil des Gesundheitssystemansatzes neu zu positionieren. Ein Rahmengerüst für Maßnahmen zur Ergänzung von „Gesundheit 2020“ wird Ihnen am Dienstag zu einer ersten Beratung vorgestellt. Das Endergebnis wollen wir dem Regionalkomitee im kommenden Jahr vorlegen.

Ich möchte die Länder in unserer Region dazu auffordern, sich mit einem eigens zu diesem Zweck entwickelten Instrument an der Bewertung ihrer grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und der dazu gehörigen Funktionen und Kapazitäten zu beteiligen. Dies ist wichtig im Hinblick auf die Gewinnung von Erkenntnissen, die die Grundlage für einen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in unserer Region bilden werden. Der Plan wird Ihnen im kommenden Jahr auf der Tagung des Regionalkomitees in Malta zusammen mit der endgültigen Fassung von „Gesundheit 2020“ vorgelegt.

Als weiteren Schritt zur Stärkung des Aspektes der Bevölkerungsgesundheit kann ich mit Freude vermelden, dass das Institut für öffentliche Gesundheit in Kasachstan sein dem Regionalkomitee im vergangenen Jahr gegebenes Versprechen, jährlich ein Stipendium im Fach Gesundheitswissenschaften zu vergeben, inzwischen eingelöst hat. Ich bin außerdem erfreut darüber, dass der Gedenkband zum Andenken an Jo Eirik Asvall sich glänzend verkauft.

Meiner Überzeugung nach ist die Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme ein zunehmend wichtiges und immer häufiger genutztes Instrument für die Politikgestaltung und Steuerung im 21. Jahrhundert, und wir appellieren an alle Mitgliedstaaten, selbst eine solche Leistungsbewertung durchzuführen, um einen partizipatorischen Prozess mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung zu gewährleisten. Denn solche Bewertungen bilden die Grundlage für nationale Strategien und fließen in diese ein, und Verbesserungen in Bezug auf Gesundheitsresultate wie auch Chancengleichheit werden zu einem festen Bestandteil des Bewertungsprozesses und des daraus resultierenden Berichts.

Die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung bzw. deren Aufrechterhaltung angesichts einer prekären Finanzlage steht im Mittelpunkt der Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Gesundheitsfinanzierung. Diese Thematik wurde im Zeitraum 2010–2011 durch bahnbrechende Publikationen in den Vordergrund gerückt, darunter Reform der Gesundheitsfinanzierung in der Praxis: Lehren aus den Ländern im Umbruch und der Bericht über die Aufrechterhaltung von Chancengleichheit, Solidarität und gesundheitlichen Zugewinnen vor dem Hintergrund der Finanzkrise. Darüber hinaus hat das Regionalbüro einen wichtigen Beitrag zur Ausarbeitung des Weltgesundheitsberichts 2010 – Finanzierung von Gesundheitssystemen: Der Weg zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung geleistet. In diesem Jahr wurden unsere Anstrengungen mit der Ausarbeitung eines Aktionsplans fortgesetzt, der sich an dem Weltgesundheitsbericht 2010 orientiert und die Grundlage für unsere Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsfinanzierung im kommenden Zweijahreszeitraum bilden wird.

Die Rückbesinnung auf die flächendeckende Gesundheitsversorgung hat den Ländern dabei geholfen, sich auf eine Minimierung der negativen Folgen erhöhter Haushaltsdisziplin auf Gesundheit und Gesundheitssysteme zu konzentrieren. So hat das Regionalbüro u. a. eng mit Estland, Irland und Lettland zusammengearbeitet. Deshalb kann ich hier stolz verkünden, dass 2011 in Barcelona die erste Schulung der WHO zum Thema Gesundheitsfinanzierung stattgefunden hat, deren besonderer inhaltlicher Schwerpunkt auf der flächendeckenden Versorgung lag. Außerdem hat das Regionalbüro seine Schulungen für die baltischen Staaten und Polen, Zentralasien, die Kaukasusregion und die Republik Moldau fortgesetzt. An allen diesen Schulungen nahmen zahlreiche politische Entscheidungsträger aus der ganzen Region teil, die sich in hohem Maße zufrieden über die starken Verbindungen zur Arbeit in den Ländern äußerten.

Der vorletzte strategische Schwerpunkt in meinem Bericht betrifft die Bereiche Gesundheitsinformation und Gesundheitskommunikation. Das Regionalbüro hat im Zeitraum 2010–2011 erhebliche Fortschritte im Bereich der Gesundheitsinformation erzielt; dies ist deshalb so wichtig, weil die hier gewonnenen Erkenntnisse die Grundlage für unsere Arbeit auf allen Gebieten bilden. Ich möchte Sie herzlich zu unseren Präsentationen einladen, die täglich während der Pausen im Foyer stattfinden.

Zusammen mit allen unseren Partnerorganisationen, und namentlich der EU, arbeiten wir an der Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsinformationssystems, und das Regionalkomitee soll 2012 mit einer Gesundheitsinformationsstrategie für die Europäische Region befasst werden. Ebenso sind wir auch im Bereich Kommunikation tätig, wo wir eine Vielzahl neuer Instrumente nutzen, wie die sozialen Medien, wodurch eine effektivere Kommunikation entsteht.

Im letzten Teil meiner Rede möchte ich zunächst die alles umfassende Priorität „Gesundheit 2020“ hervorheben. Dann werde ich kurz über unsere neue Organisationsstruktur und über strategische Partnerschaften sprechen und zum Schluss Fragen der Steuerung und Finanzierung ansprechen, die im Zusammenhang mit dem Reformprozess der WHO stehen.

Wir haben für „Gesundheit 2020“, das übergeordnete gesundheitspolitische Vorhaben der Europäischen Region, substanzielle Arbeit geleistet und werden das Thema heute und morgen noch ausführlich erörtern. Viele unter Ihnen werden sich erinnern, dass die Europäische Region seit der Annahme der Strategie „Gesundheit für alle“ durch das Regionalkomitee im Jahr 1982 über eine europäische Gesundheitspolitik verfügt. 1984 wurden dann 38 Zielvorgaben angenommen.

Nach zwei ersten Aktualisierungen in den Jahren 1991 und 1998 billigte das Regionalkomitee 2005 durch Resolution EUR/RC55/R4 eine weitere und forderte zugleich die Vorlage eines Berichts über das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ im Jahr 2008 an. Zusätzlich haben Sie mich im vergangenen Jahr gebeten, im Jahr 2012 einen Bericht vorzulegen und dies mittels eines wahrhaft partizipatorischen zweijährigen Prozesses zu tun. Daran arbeiten wir nun.

Ich bin sehr erfreut, Ihnen berichten zu können, dass ihre Bitte und ihre Entscheidung in der gesamten Region Anklang gefunden haben. Ich glaube, wir haben hier eine Bewegung in Gang gesetzt, die uns nicht nur ins Jahr 2012, sondern weit darüber hinaus tragen wird. Dieses Gefühl stammt aus den Rückmeldungen, die ich persönlich auf zahlreichen Konferenzen in den Ländern erhalten habe: Dass eine solche Politik zeitgemäß ist und längst überfällig war, dass sie genau den Wünschen der Menschen entspricht und zur

Unterstützung ihrer Arbeit unerlässlich ist. Über diese Rückmeldungen sollte sich das Regionalkomitee vielleicht besonders freuen, zeigen sie doch, dass Ihre Beschlüsse aus dem vergangenen Jahr sowohl nützlich als auch von historischer Tragweite waren.

Im Zeitraum 2010–2011 hat das Regionalbüro seine Arbeit dadurch gestärkt, dass es die konzeptionellen, strategischen und fachlichen Kernfunktionen am Hauptsitz in Kopenhagen konzentrierte, die Außenstellen umfassend straffte und integrierte und auch die Arbeit der Länderbüros gebührend einbezog. Zur Unterstützung der Entscheidung über eine sinnvollere Einbindung von Außenstellen und Länderbüros in das Regionalbüro habe ich zwei externe Kommissionen mit der Erstellung voneinander unabhängiger Studien beauftragt. Beide haben ihre Ergebnisse im November 2010 vorgelegt. Die intensive Zusammenarbeit mit allen Ländern wurde fortgesetzt und genießt auch weiter überragende Priorität.

Das Regionalbüro hat seine zentralen Aufgaben eingehend analysiert und seine Neuorganisation abgeschlossen, indem es seine Strukturen und personellen Ressourcen an den neuen Prioritäten ausgerichtet hat. Zur Besetzung unentbehrlicher fachlicher Führungspositionen wurden Mitarbeiter neu eingestellt (oder abgeordnet). Die finanziellen Unwägbarkeiten waren dabei durchaus hinderlich (wie Sie sicher auch festgestellt haben), und ich danke allen Mitgliedstaaten, die uns trotz eigener Schwierigkeiten geholfen haben. Außerdem haben wir eine interne Arbeitsgruppe eingerichtet, die nach Wegen zur Schaffung eines befähigenden Arbeitsumfeldes suchen sollte; ihre Empfehlungen wurden angenommen und werden jetzt umgesetzt.

Netzwerke – etwa der WHO-Kooperationszentren oder der nationalen Institute für öffentliche Gesundheit – sind hervorragende gesundheitspolitische Mechanismen, die jetzt erneuert und vermehrt genutzt werden. Diese Arbeit steht in den kommenden Monaten an.

Generaldirektorin Dr. Chan hat mich gebeten, in den Beziehungen mit der EU eine globale Funktion zu übernehmen und in dem entsprechenden Lenkungsausschuss der WHO den Vorsitz zu führen. Das Regionalbüro fährt wie schon im Jahr 2010 damit fort, im Sinne von konzeptioneller Kohärenz und Synergieeffekten vor und während der EU-Ratspräsidentschaft eines Landes eine enge Zusammenarbeit mit diesem aufzubauen: So arbeiteten wir 2010 mit Spanien und Belgien und 2011 mit Ungarn und Polen zusammen und haben mit Blick auf 2012 bereits unsere Fühler nach Dänemark und Zypern ausgestreckt.

Im März 2011 fand die neunte Tagung hochrangiger Vertreter der WHO und der Europäischen Kommission statt, an der die Generaldirektorin und drei Regionaldirektoren teilnahmen. Nach einer sehr ergiebigen Diskussion wurde vollständige Einigkeit über sechs Fahrpläne für die strategischen Prioritäten in der Zusammenarbeit erzielt. Außerdem hat das Regionalbüro seine Vereinbarung mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) erneuert. Wir haben auch Maßnahmen für eine erweiterte Zusammenarbeit mit der Weltbank, dem Globalen Fonds und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in die Wege geleitet und beteiligen uns am Team der Vereinten Nationen für regionale Entwicklung.

Auch im Verhältnis zu anderen Organisationen der Vereinten Nationen hat es große Verbesserungen gegeben, die zu mehr Kohärenz und Abstimmung führen. Innerhalb der WHO war das Regionalbüro im März 2011 Gastgeber einer Tagung der Teams um die Regionaldirektoren. Auch unsere Zusammenarbeit mit Verbänden und Foren haben wir verbessert.

Gegenwärtig entwickeln wir eine Partnerschaftsstrategie, die dem Regionalkomitee im Jahr 2012 vorgelegt wird und die im Einklang mit der Reform der WHO steht. Ebenfalls im Sinne der WHO-Reform streben wir verbesserte Steuerungsfunktionen innerhalb der WHO an. Dazu zählen die Stärkung der leitenden Organe der Region durch Übertragung der Entscheidungsbefugnis über Konzepte, Strategien und Aktionspläne der Region auf das WHO-Regionalkomitee für Europa, eine stärkere Beteiligung der Delegationen an dem Programm und neue Veranstaltungen wie „Ministertage“.

Zur Verbesserung von Aufsichtsfunktion und Transparenz wurde die Zahl der Mitglieder im Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) 2010 von neun auf zwölf Länder erhöht. Alle Mitgliedstaaten wurden zur Teilnahme an der vierten Tagung des SCRC eingeladen. Vor der 64. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 fand eine Zusammenkunft der Delegationen aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Region statt, und auf der Weltgesundheitsversammlung sowie auf Tagungen des Exekutivrates gibt es jeweils tägliche Koordinierungstreffen der Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region, die der Stärkung der Verbindungen zwischen den Steuerungsmechanismen auf globaler und regionaler Ebene dienen. Es ist sehr wichtig, dass an diesen Sitzungen alle 53 Mitgliedstaaten teilnehmen; darauf haben wir die Gesundheitsminister bereits im Vorfeld dieser Tagung des Regionalkomitees hingewiesen.

Gestatten Sie mir abschließend noch einige Bemerkungen zum Thema Finanzierung. Ausgehend von den derzeitigen Einnahmen in Höhe von 228 Mio. US-\$ (Stand: August 2011) erwarten wir, dass unsere Einnahmen bei Ablauf des Zweijahreszeitraums 2010–

2011 mit denen früherer Zweijahreszeiträume vergleichbar sein werden. Das Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben des Regionalbüros war im Zweijahreszeitraum 2010–2011 für alle Strategischen Ziele mit Ausnahme der Ziele 12 und 13 grundlegend solide. Allerdings gab es im Verlauf des Zweijahreszeitraums bei nahezu allen Strategischen Zielen gefährliche finanzielle Durststrecken. Dies lag an der starken Zweckbindung der Mittel, die sowohl für die globale Ebene als auch für die Europäische Region weiterhin problematisch ist. Wir haben das Problem schließlich durch regelmäßige Fortschrittsberichte, strenge Prüfung der Haushaltsposten und eine Weiterverfolgung auf der Leitungsebene gemeistert. Allerdings wird dieses hohe Maß an Zweckbindung der Mittel – oft ohne angemessene Vorkehrungen für die Zahlung von Gehältern und die erforderliche Anleitung und administrative Unterstützung der fachlichen Arbeit und der Länderbüros – im kommenden Zweijahreszeitraum zu zahlreichen Problemen führen.

Wie aus der Verteilung der vom WHO-Hauptbüro eingeworbenen Mittel auf die Regionen hervorgeht, erhält das Regionalbüro für Europa den geringsten Anteil aus den ordentlichen Haushaltsmitteln der WHO, ist also am meisten auf sich selbst gestellt. Bei diesem Thema herrscht noch erheblicher Gesprächsbedarf, und der Reformprozess bietet hierzu reichlich Gelegenheit. Die Mitgliedstaaten möchten nicht zweimal an die WHO zahlen; und sie haben Recht.

Das Regionalbüro hat zu jedem der Strategischen Ziele der WHO Argumentationshilfen für die Beschaffung von Mitteln ausgearbeitet, die zur Unterstützung unserer Mitgliedstaaten erforderlich sind. In ihnen wird ausgeführt, welche Maßnahmen wir bei Erhalt der entsprechenden Mittel durchführen werden, und ich fordere die Mitgliedstaaten zu weiterer bzw. neuer Hilfe auf.

Ihre weitere Unterstützung unserer Arbeit ist sehr wichtig und äußerst willkommen, und in diesem Sinne freue ich mich auf fruchtbare Diskussionen auf dieser Tagung des Regionalkomitees. Ich danke Ihnen.

## Anhang 5 Ansprache der Generaldirektorin

Herr Vorsitzender, sehr geehrte Exzellenzen, Ministerinnen und Minister, Delegierte, Frau Jakab, meine Damen und Herren,

lassen Sie mich zunächst noch einmal der Regierung der Republik Aserbaidschan dafür danken, dass sie uns als Gastgeberin dieser Tagung so freundlich und entgegenkommend aufnimmt.

2008 habe ich dieses Land offiziell besucht. Ich war persönlich tief beeindruckt, und bin es immer noch, von der Herzlichkeit der Menschen, dem reichen kulturellen Erbe und dem starken Engagement der Regierung für Gesundheit und Entwicklung und ich kann jetzt erkennen, welche große Fortschritte das Land in den vergangenen fünf Jahren gemacht hat.

Der Premierminister sagte mir während dieses Besuchs und bei anderer Gelegenheit, dass die Verantwortung für die Schaffung einer gesunden Gesellschaft weit über das Gesundheitswesen hinausreiche.

Eine Regierung, die den Wohlstand eines Landes auf die gesamte Bevölkerung ausdehnt, ist das Beste, was einem Land passieren kann. Ihre Investitionen in die Gesundheitsversorgung sind beeindruckend, doch vergessen Sie nicht die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung und der nichtübertragbaren Krankheiten. Der ressortübergreifende Ansatz Ihrer Regierung für Gesundheit und Entwicklung mit auf unterschiedliche Sektoren verteilten Führungsaufgaben vervollständigt das allgemeine Streben nach mehr Gesundheit.

Meine Damen und Herren,

Warum ist diese Tagung des Regionalkomitees so wichtig? Trotz der vielen Themen, die im Rahmen dieser Tagung behandelt werden sollen, glaube ich, in Bezug auf Ihr Programm und die Begleitdokumente drei Dinge feststellen zu können.

Erstens, dass Ihre Tagesordnung ehrgeizig und mutig ist. In einer Zeit, in der viele Länder der Region vor leeren Kassen stehen, könnte man sogar sagen, sie sei gewagt.

Durch die Arbeit an „Gesundheit 2020“ streben Sie nicht weniger an als eine Verjüngung der gesundheitspolitischen Agenda der Region.

Sie wollen die Fähigkeit des Regionalbüros erneuern, Gesundheitsministerien in der Bewältigung komplexer Herausforderungen oder, wie Sie sagen, „böartiger“ Probleme zu unterstützen.

Außerdem bereiten Sie sich auf die Beherrschung schwerwiegender neuer Probleme vor, die uns in Form des Klimawandels, der rasanten Verbreitung ungesunder Lebensweisen, der überalternden Bevölkerung, der rapide steigenden Gesundheitskosten und des fortgesetzten wirtschaftlichen Abschwungs erwarten.

Viele der Probleme dieser Region sind in Wahrheit gesundheitliche Kollateralschäden, deren Ursachen in anderen Politikbereichen und in den internationalen Systemen zu suchen sind, die unsere stark vernetzte und interdependente Welt steuern.

Wie wir alle wissen, erzielen diese Systeme – ob im internationalen Handel oder in den globalen Finanzen – Gewinne, deren gerechte Verteilung jedoch fast nie ausdrücklich angestrebt wird.

Dies führt mich zu meiner zweiten Beobachtung. In Übereinstimmung mit den traditionellen Wertvorstellungen dieser Region sind Fairness und Gerechtigkeit Ihnen ein besonderes Anliegen. Doch sind Sie zugleich fest entschlossen, gegen die Ursachen und wahren



Gründe der großen und zunehmenden Diskrepanzen in Bezug auf die gesundheitlichen Ergebnisse, den Zugang zu Versorgung und die Lebenschancen vorzugehen.

Das gesamte Programm spiegelt Ihre Entschlossenheit wider, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu beeinflussen, doch gilt dies besonders für die Aktionspläne zu HIV/Aids und zur Bekämpfung resistenter Tuberkulosestämmen.

Sie wollen Migranten, Obdachlose, durch Stigma und Diskriminierung ausgegrenzte Menschen und Menschen mit problematischem Lebenswandel wie Alkoholiker und Konsumenten von Injektionsdrogen erreichen.

Ergänzend hierzu wird die Verbesserung der Kapazitäten und Angebote im Gesundheitsbereich, auch und gerade im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung, als Weg zu mehr Chancengleichheit im Zugang zu Versorgung bzw. zu größerer Effizienz in der Leistungserbringung vorgeschlagen.

Dies ist wohl die größte Herausforderung: die messbare Maximierung eines gerecht verteilten gesundheitlichen Zugewinns in einer Zeit, in der die Gesundheitsbudgets auf nationaler und internationaler Ebene nicht mehr wachsen oder gar schrumpfen.

Und nun meine letzte allgemeine Feststellung: Es ist zu schaffen. Ihre Dokumente zeigen, wie dies evidenzbasiert mit einer begrenzten Anzahl intelligenter und effektiver Maßnahmen geht.

Wenn wir die Dynamik für mehr Gesundheit aufrechterhalten wollen, die den Beginn des Jahrhunderts kennzeichnete, müssen die Gesundheitsprogramme effizient sein und dürfen Verschwendungen nicht toleriert werden. Ihre Dokumente und insbesondere Ihre Aktionspläne sind in dieser Hinsicht vorbildlich.

Und ebenso wichtig: Der Zwischenbericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn zeigt, dass ehrgeizige Bekenntnisse sich trotz der derzeit knappen Kassen in Taten umsetzen lassen.

Ich stimme dem zu. Die Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand bedeutete einen Meilenstein für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region und ist ein Vorzeigeprodukt des Regionalbüros.

Sie wurde sofort auf eine harte Probe gestellt. Sie erschien 2008, wie Sie sich erinnern werden, genau zu dem Zeitpunkt, als die Welt sich abrupt veränderte und es nach der Aussicht auf Wohlstand plötzlich hieß, den Gürtel enger zu schnallen.

Wie bereits bemerkt wurde, nutzten mehrere Länder die Finanzkrise als politische Chance zur Prioritätsverlagerung und führten Effizienzgewinne herbei, welche die negativen Auswirkungen auf Arme und Benachteiligte minderten. In einer Zeit, in der Ausgaben der öffentlichen Hand kritisch hinterfragt werden, hat die Arbeit zur Erhaltung der Leistungen der Gesundheitssysteme auch Erkenntnisse über deren Effizienz erbracht und eine verantwortliche Mittelverwendung demonstriert.

Beispielhaft möchte ich das Informationsnetzwerk für Arzneimittelpreis- und Kostenerstattung als einen intelligenten und effektiven Mechanismus nennen, der in einem der größten Bereiche der Gesundheitsausgaben Geld sparen hilft.

Wie die Charta von Tallinn so treffend feststellte, darf es „heute nicht mehr hingenommen werden [...], dass Menschen infolge von Gesundheitsproblemen verarmen.“

Die Fortschritte in der Verwirklichung der Verpflichtungen aus der Charta, erhalten deren Wahrhaftigkeit und Überzeugungskraft heute. Dies ist in einer unablässig von Krisen geplagten Welt eine große Ermutigung.

Meine Damen und Herren,

ich teile die optimistische Stimmung, die aus vielen Ihrer Dokumente hervorgeht: Die Länder können die Gesundheitssituation radikal verändern, wenn sie ihre Gelegenheiten zum Handeln nutzen. Durch evidenzbasierte Maßnahmen und intelligente Grundsatzentscheidungen lässt sich die Dynamik für mehr Gesundheit sehr wohl aufrechterhalten.

Sektorübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zur Prävention und Bekämpfung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, ist eine der sich bietenden Gelegenheiten. Tatsächlich, deuteten viele von Ihnen auf gesamtstaatliche Ansätze hin, die zur Lösung vieler Ihrer „böartigen“ Probleme unerlässlich seien.

So zeigt etwa Ihr Aktionsplan Alkohol, dass eine Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums neben dem Einsatz des Gesundheitswesens ein zwischen staatlichen Behörden, Verkehrspolizei, Ordnungsamt, Kriminaljustiz und Sicherheitsbehörden abgestimmtes Vorgehen erfordert.

Außerdem hängt sie von der Unterstützung durch Organisationen der Zivilgesellschaft ab, zumal solche Gruppen machtvoll strengere Kontrollen und die Einhaltung der Vorschriften gegen Alkohol am Steuer einfordern können.

Doch, wie Sie ebenfalls festgestellt haben, sind Gesundheitsministerien in der Regierung oft nicht in einer Position, Veränderungen außerhalb des eigenen Ressorts einzuleiten. Jetzt, da „Gesundheit 2020“ Form annimmt, wird deutlich, dass die Gesundheitsministerien mehr politisches Gewicht benötigen.

Als eine Ironie der Geschichte könnten die Gesundheitsminister im Gefolge zweier beunruhigender Entwicklungen bald erstmals dieses politische Gewicht erhalten. Diese Entwicklungen erfordern die Aufmerksamkeit der internationalen Gemeinschaft und Maßnahmen auf höchster Regierungsebene.

Die erste betrifft die oberste Priorität der internationalen Politik: Stabilität und Sicherheit. Es geht hier nicht um Gesundheitssicherheit, Sicherheit einzelner Menschen oder Sicherheit vor Epidemien. Es geht um die Sicherheit vor der Bedrohung durch soziale Unruhen und staatliches Versagen.

Es geht um Sicherheit vor dem Ausbruch kriegerischer Auseinandersetzungen, die manchmal ein internationales Eingreifen, aber immer massive humanitäre Hilfeleistungen erforderlich machen. Heutzutage kann diese Arbeit besonders schwer und gefährlich sein.

Wie die Finanzkrise des Jahres 2008, so kam auch der arabische Frühling in diesem Jahr für viele überraschend. Im Nachhinein waren die Ereignisse, die in Tunesien und Ägypten ihren Lauf nahmen, in den Augen vieler Experten und Forscher eigentlich vorhersehbar.

Sie nennen lange bestehende Ungleichheiten in Bezug auf Einkommen, Lebenschancen (insbesondere für junge Menschen) und den Zugang zu Sozialleistungen als Ursache für den Kampf um Veränderung. Sie beziehen sich auf eine so genannte „steigende Erwartungshaltung“, die in der Geschichte oftmals Proteste und Revolutionen angeheizt habe.

Sie beziehen sich auf Länder, in denen Jahr für Jahr mehr Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben, obwohl die Wirtschaft stetig wächst. Sie beziehen sich auf Länder, in denen es keine Mittelschicht mehr gibt.

Und ihre Schlussfolgerung lautet, dass, wenn wir wirklich eine stabile und sichere Welt anstreben, mehr Chancengleichheit zu einem neuen zwingenden politischen und wirtschaftlichen Gebot werden müsse.

Die Gesundheitspolitik, die sich für die Verbesserung von Chancengleichheit in einer guten Position befindet, würde einen solchen Wandel im Denken auf höchster Ebene begrüßen.

Die zweite Entwicklung, die Sie thematisieren werden, ist die Zunahme chronischer nichtübertragbarer Krankheiten. Die Tagung auf hoher Ebene während der Generalversammlung der Vereinten Nationen muss ein Weckruf sein, nicht für die Gesundheitspolitik, sondern auch für die Staats- und Regierungschefs.

Solche Krankheiten sprengen die Bank. Nach Schätzungen einer neueren Harvard-Studie für das Weltwirtschaftsforum werden nichtübertragbare Krankheiten die Weltwirtschaft in den kommenden 20 Jahren 30 Billionen US-\$ oder 48% des globalen Bruttoinlandsprodukts aus dem Jahr 2010 kosten. Wenn wir diese kostspieligen Krankheiten nicht in den Griff bekommen, werden sie unsere Wirtschaftserträge aufzehren und Millionen von Menschen unter die Armutsgrenze abrutschen lassen.

Gesundheitspraktiker und Ärzte können für gesündere Lebensweisen und strengere Tabakgesetze eintreten, Patienten behandeln und Rezepte ausgeben, aber sie können nicht das soziale Umfeld so umgestalten, dass es gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Entscheidungen erleichtert.

Wenn etwa Adipositas in der Bevölkerung so weit verbreitet ist, ist der Grund dafür nicht etwa fehlende Willenskraft der Betroffenen, sondern fehlender Wille auf höchster politischer Ebene.

Ihr Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten verdient es, gesondert erwähnt zu werden. Da 86% aller Todesfälle in der Region auf diese umfassende Gruppe von Krankheiten zurückzuführen sind, kann ich nachvollziehen, weshalb der Plan so rigoros und zielstrebig formuliert ist.

Er zeigt die Zähne, vor allem durch die Forderung, Steuerpolitik und Marktkontrolle voll und ganz zur Beeinflussung der Nachfrage nach Tabakwaren, Alkohol und Nahrungsmitteln mit hohem Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfetten und Zucker zu nutzen.

Wie festgestellt wurde, ist der Salzgehalt verarbeiteter Nahrungsmittel einer der Hauptgründe dafür, dass der tägliche Salzverbrauch in vielen Ländern die Empfehlung der WHO übersteigt. Ich stimme vollkommen zu: Die Reduzierung des Salzverbrauchs ist eine der kosteneffektivsten und bezahlbarsten Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Der Ansatz des Aktionsplans ist vergleichbar mit dem, was die WHO durch ihre Modelllisten unentbehrlicher Arzneimittel erreichen will. Nämlich einen rationalen Gebrauch knapper Mittel, damit möglichst viele Menschen von ihnen profitieren. Ich sehe der wegweisenden Annahme und Verwirklichung des Aktionsplans durch diese Region erwartungsvoll entgegen.

Meine Damen und Herren,

wie bereits gesagt, Sie verjüngen die gesundheitspolitische Agenda der Europäischen Region. Die WHO durchläuft auch durch ihr gegenwärtiges Reformprogramm einen Verjüngungsprozess.

Die weltweiten Gesundheitsbedürfnisse haben sich seit der Gründung der WHO vor 60 Jahren bedeutend verändert und haben sich im ersten Jahrzehnt dieses neuen Jahrhunderts mit außerordentlichem Tempo weiterentwickelt. Die WHO spielt weiterhin eine führende Rolle in der globalen Gesundheitspolitik, muss aber mit diesen Veränderungen Schritt halten.

Ihre Prioritäten müssen den dringenden gesundheitlichen Bedürfnissen gerecht werden, auf deren Befriedigung die WHO in einzigartiger Weise hinwirken kann, und die Finanzierung muss auf diese Prioritäten ausgerichtet sein. Zur Verbesserung von Effizienz, Flexibilität und Wirkung sind Haushaltsdisziplin und eine veränderte Personalpolitik der WHO erforderlich.

Eine stärkere Führungsrolle seitens der WHO kann zu mehr Kohärenz in den Aktionen der zahlreichen Partner im Gesundheitsbereich führen und eine bessere Abstimmung dieser Aktionen auf die Prioritäten und Möglichkeiten in den Empfängerländern bewirken.

Aus all diesen Gründen habe ich im Jahr 2010 einen Konsultationsprozess zur zukünftigen Finanzierung der WHO in die Wege geleitet, der in Kürze in einem Plan zur Reformierung der Organisation gipfeln wird.

Die vorgeschlagenen Reformen sind umfangreich und umfassen sowohl die fachliche Arbeit und die Führungsaufgaben der WHO als auch die Mechanismen zur Steuerung dieser Arbeit.

Die Reformen sind ehrgeizig, wobei verbesserte Gesundheitsergebnisse in den Ländern als wichtigster Maßstab zur Bewertung der Arbeit der WHO herangezogen werden.

Vor allem aber werden die Reformen von den Bedürfnissen und Erwartungen der Mitgliedstaaten geprägt und sind eine Reaktion auf die von ihnen vorgebrachten Anregungen.

Ich bin mir der Herausforderungen voll bewusst, aber ich bleibe engagiert und enthusiastisch und auch zuversichtlich, dass die enge Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, den Bediensteten und den Partnerorganisationen die WHO effizienter, transparenter und verantwortungsbewusster machen und es ihr ermöglichen wird, in Bereichen, in denen sie dringend gebraucht wird, entschlossener zu agieren, und Prioritäten, bei denen sie über eine einzigartige Handlungsfähigkeit verfügt, gezielter anzugehen.

Vor allem aber müssen wir eine WHO anstreben, die in der Lage ist, aktuelle und zukünftige Herausforderungen bei der Verbesserung der Gesundheitssituation in einer komplexen Welt zu bewältigen.

Ich danke diesem Regionalkomitee dafür, dass es mehr Klarheit in Bezug auf viele der „böartigen“ Herausforderungen geschaffen und praktikable Lösungen erarbeitet hat. Doch noch wichtiger ist vielleicht, dass diese Lösungen erneut das Wertesystem bekräftigen, von dem die Arbeit der WHO auf allen drei Ebenen der Organisation bestimmt wird.

Meine Damen und Herren,

nun möchte ich mich noch mit einem letzten Anliegen an Sie wenden.

Wenn ich mich an dieses Regionalkomitee wende, so bin ich mir dabei vollkommen der Tatsache bewusst, dass ich damit zu den Vertretern jener Länder spreche, die die WHO traditionell am großzügigsten finanziell unterstützt haben. Ich möchte Ihnen allen für die Unterstützung der Organisation danken.

Inzwischen hat in vielen Ihrer Länder ein enormer innenpolitischer Druck dazu geführt, dass die Entwicklungshilfe angesichts der strikten Erfordernis der Kosteneffizienz sowie wachsender Forderungen nach messbaren Investitionsergebnissen umgestaltet wurde. Die Arbeit der Kommission für Information und Rechenschaftsablage über die Gesundheit von Frauen und Kindern, die von der WHO gefördert wurde, trägt diesem Trend Rechnung.

Doch bringt dieser Trend zwei Probleme mit sich, die die WHO lösen muss, während wir die Reform durchlaufen.

Erstens müssen wir unsere Arbeit und ihre Wirkung besser vermitteln. Dies wird uns sogar von unseren größten Unterstützern bescheinigt. Wenn wir wollen, dass Parlamentarier Gelder für die finanzielle Unterstützung der WHO bewilligen, so müssen ihre Wähler besser verstehen, worin unsere Arbeit besteht und warum sie so wichtig ist.

Die klare Beschreibung des Mehrwerts, den die WHO zu Gesundheit und Entwicklung beisteuert, ist von entscheidender Bedeutung, seit hoch profilierte globale Initiativen für Gesundheit wie der Globale Fonds, GAVI, PEPFAR sowie einige weitere Initiativen zu Malaria und anderen Themen entstanden sind.

Das zweite Problem ist eng mit dem ersten verbunden. Die Wirkung unserer Arbeit ist meist nur schwer zu messen, entfaltet sich eher hinter den Kulissen und sorgt nicht für Schlagzeilen; oder sie bleibt gar weitgehend unsichtbar, bis etwas Schreckliches passiert, etwa bei einem Seuchenausbruch oder wenn die Luft- bzw. Wasserverschmutzung oder die Menge an Zusatzstoffen in Nahrungsmitteln die geltenden Grenzwerte deutlich überschreitet.

So kauft und verteilt die WHO keine antiretrovirale Medikamente. Doch die von Aids Betroffenen und die Aktivisten befürworten größtenteils die fachliche Arbeit der WHO und sind der Ansicht, dass insbesondere unser anhaltendes Eintreten für die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Leitlinien für die Behandlung fast 7 Mio. einkommensschwachen Menschen Zugang zu Medikamenten verschafft hat, die lebensverlängernd wirken und die Lebensqualität verbessern.

Natürlich ist es viel einfacher, die Impfstoffe, Moskitonetze und Medikamente zu zählen, die bei Kampagnen gegen einzelne Krankheiten verteilt werden, als die Wirkung der fachlichen Arbeit der WHO zu messen. Lassen Sie mich auch betonen, dass die WHO nicht im Wettstreit mit diesen Initiativen steht. Wir arbeiten als Partner zusammen. Aber es ist wichtig, dass die WHO besser über diese Arbeit an Sie berichtet als bislang.

Gestatten Sie mir abschließend noch ein letztes Beispiel. Im Juli drängte die WHO die Länder dazu, den Gebrauch fehlerhafter und nicht genehmigter Bluttests zur Diagnose aktiver Tuberkulose zu verbieten. Die WHO hat akribisch nach soliden Belegen dafür gesucht, dass diese Tests widersprüchlich bzw. ungenau sind und das Leben von Patienten gefährden.

Die Tests sind unzuverlässig. Falsche Positiv-Befunde bedeuten, dass die Patienten monatelang grundlos toxische Medikamente einnehmen. Falsche Negativ-Befunde bedeuten, dass die Betroffenen keine Vorkehrungen treffen, um eine Ansteckung Anderer zu vermeiden.

Jährlich werden über eine Million dieser fehlerhaften Tests durchgeführt, häufig mit hohen Kosten für die Patienten, die zum Teil bis zu 30 US-\$ pro Test bezahlen müssen.

Natürlich ist es richtig, dass die WHO auf der Grundlage der Evidenz Alarm schlägt und zu einem Verbot dieser Tests drängt, ebenso wie es richtig ist, dass die WHO sich öffentlich gegen den anhaltenden Einsatz von Monotherapien für Malaria, insbesondere in der Privatwirtschaft, ausspricht. Doch wie können wir die Auswirkungen dieser Arbeit messen?

Meine Damen und Herren,

die Welt braucht einen Wächter über die globale Gesundheit, einen Beschützer und Verteidiger der Gesundheit und des Rechtes auf Gesundheit.

Meiner Ansicht nach beginnt die Reform der WHO aus einer Position der Stärken, nämlich den einzigartigen Funktionen und Qualitäten dieser Organisation.

Ich selbst bin fest entschlossen, dafür zu sorgen, dass diese Funktionen und Qualitäten durch den Reformprozess gestärkt werden. Und ich freue mich sehr darauf, heute und morgen mit Ihnen über diesen Reformprozess zu diskutieren.

Ich danke Ihnen.

## Das WHO-Regionalbüro für Europa

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

### Mitgliedstaaten

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

### Weltgesundheitsorganisation

#### Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17  
Fax: +45 39 17 18 18  
E-Mail: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)