



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Bericht über die 62. Tagung des
WHO-Regionalkomitees für Europa**

Malta, 10.–13. September 2012

Schlüsselwörter

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

EUR/RC62/REC/1

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 2012

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

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

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

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

INHALT

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung	1
Wahl der Tagungsleitung	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms	1
Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark	2
Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa.....	3
Ansprachen des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherpolitik und des Stellvertretenden Generalsekretärs der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	8
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben	10
Globaler Aktionsplan zur psychischen Gesundheit	10
Globales Beobachtungssystem für nichtübertragbare Krankheiten	10
Beratende Expertengruppe Forschung und Entwicklung.....	12
Ansprache der Generaldirektorin der WHO.....	14
Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa.....	16
Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamt- gesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.....	18
Die Evidenzgrundlage für „Gesundheit 2020“.....	18
Zusammenfassung des Europäischen Gesundheitsberichts 2012: Mehr Gesundheit und Wohlbefinden für Europa.....	19
Zentrale Aussagen aus den einschlägigen Studien.....	19
Diskussion über „Gesundheit 2020“	22
Reform der WHO	25
Zwölftes Allgemeines Arbeitsprogramm 2014–2019	25
Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 – Die Perspektive der Europäischen Region	28
Auswirkungen der WHO-Reform auf die Tätigkeit des Regionalbüros für Europa	31
Rückmeldungen aus den parallelen Arbeitsgruppensitzungen.....	32
Wahlen und Nominierungen	34
Exekutivrat	34
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees	34
Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit.....	34
Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020).....	34
Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit	36
Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014).....	38
Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region	40
Evaluation des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter.....	42
Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013–2016.....	43
Abschluss der Tagung	44

Resolutionen und Beschlüsse	45
EUR/RC62/R1. Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011	45
EUR/RC62/R2. Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	45
EUR/RC62/R3. Zwölftes Allgemeines Arbeitsprogramm und Programmhaushaltsentwurf 2014–2015	46
EUR/RC62/R4. „Gesundheit 2020“ – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden	47
EUR/RC62/R5. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit	50
EUR/RC62/R6. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)	52
EUR/RC62/R7. Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)	54
EUR/RC62/R8. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013 bis 2016	56
EUR/RC62(1). Globaler Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten	56
EUR/RC62(2). Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region	57
Anhang 1: Tagesordnung	58
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere	60
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer	62
Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin	84
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin	97



Die 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 10. bis 13. September 2012 im Hotel Hilton in San Giljan (Malta) statt. An der Tagung nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus 51 Mitgliedstaaten der Region teil. Außerdem zugegen waren Beobachter aus einem Mitgliedstaat der Wirtschaftskommission für Europa sowie Vertreter des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und von nichtstaatlichen Organisationen.

Die erste Arbeitssitzung wurde von Prof. Ogtay Shiraliyev, dem scheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet. Die Teilnehmer wurden vom Premierminister Maltas, Lawrence Gonzi, begrüßt, der an die lange medizinische Tradition seines Landes erinnerte, die auf die Ankunft des Johanniterordens von Jerusalem in Malta sowie die Gründung der Sacra Infermeria im Jahr 1575 zurückgehe. Er fügte hinzu, zu den Schwerpunkten der Arbeit seiner Regierung zählten nach wie vor Surveillance und Prävention, Gesundheitsversorgung, Umweltschutz und die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Die aktuelle Wirtschaftskrise stelle die Regierungen vor Herausforderungen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme, doch könne sie auch als eine Chance zum Reflektieren, zur Neuordnung der Prioritäten und zur Einführung neuer Systeme für Verwaltung und Politikgestaltung begriffen werden. Er sei überzeugt, die Tagung des Regionalkomitees werde wichtige Impulse für weitere Verbesserungen in der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region setzen.

Wahl der Tagungsleitung

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

Dr. Joseph R. Cassar (Malta)	Präsident
Dr. Lars-Erik Holm (Schweden)	Exekutivpräsident
Dessislava Dimitrova (Bulgarien)	Stellvertretende Exekutivpräsidentin
Dr. Samir Abdullayev (Aserbaidschan)	Berichterstatter

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC62/2 Rev.1 und EUR/RC62/3 Rev.1)

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

Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark



Als Schirmherrin des Regionalbüros erklärte die Kronprinzessin in ihrer Rede, ihre Bemühungen zur Herbeiführung von Veränderungen und zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden seien vor allem auf die Bereiche Impfwesen, antimikrobielle Resistenz (AMR) und Gesundheit von Müttern und Kindern gerichtet. Impfmaßnahmen seien nach sicherem Trinkwasser die sicherste und kosteneffektivste Gesundheitsintervention bei der Zurückdrängung von Krankheiten und der Senkung der Mortalität; trotzdem erhielten weltweit immer noch fast 650 000 Kinder jährlich nicht die erforderlichen drei Dosen des Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfstoffs vor Vollendung ihres ersten Lebensjahrs. Die Ausbrüche impfpräventabler Krankheiten in jüngster Zeit hätten gezeigt, dass die Länder kontinuierliche Anstrengungen für die Bewusstseinsbildung und die Aufrechterhaltung einer hohen Durchimpfung unternehmen müssten. Der zehnte Jahrestag der Zertifizierung der Europäischen Region der WHO als poliofrei zeuge von der Effektivität von Impfmaßnahmen bei der Krankheitsbekämpfung.

Auf einer von Dänemark im Rahmen seiner EU-Ratspräsidentschaft veranstalteten Konferenz zum Thema antimikrobielle Resistenz hätten sie wie auch andere Redner, darunter auch die Generaldirektorin der WHO und der EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherpolitik, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Antibiotika, eine systematische Überwachung von Antibiotikagebrauch und -resistenz sowie die Förderung der Entwicklung neuer Antibiotika gefordert. Wie im Impfwesen so sei auch im Bereich der antimikrobiellen Resistenz ein entschlossenes Handeln aller Mitgliedstaaten in der Region erforderlich, um eine große Errungenschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu schützen.

Auch wenn die Europäische Region substanzielle Fortschritte im Kampf gegen die Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit erzielt habe, so seien doch die großen Diskrepanzen zwischen wie auch innerhalb von Ländern nicht hinnehmbar. Die Kronprinzessin erklärte, nach ihren Bemühungen, gemeinsam mit der WHO, dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), Maternity Worldwide und anderen nichtstaatlichen Organisationen sowie der dänischen Regierung auf eine verstärkte Sensibilisierung für diese Problematik hinzuarbeiten, freue sie sich darauf, künftig auch die Länder der Europäischen Region darin unterstützen zu können, jeder Frau und jedem Kind Zugang zu einem leistungsfähigen Gesundheitssystem mit guten Angeboten im Bereich Reproduktionsgesundheit zu verschaffen.

Die anhaltenden Anstrengungen der Mitgliedstaaten hätten positive gesundheitliche Trends innerhalb der Europäischen Region in Gang gesetzt, und deshalb würden die bevorstehenden Beratungen des Regionalkomitees über das neue Rahmenkonzept und die Strategie „Gesundheit 2020“ den Beginn eines erneuerten Engagements zur Verbesserung der Gesundheitssituation einläuten, an dem nicht nur die Ebene der Gesundheitsministerien, sondern auch Staat und Gesellschaft in ihrer Gesamtheit beteiligt seien.



Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa

(EUR/RC62/5, EUR/RC62/Conf.Doc./1)

In ihrer Ansprache (Anhang 4) gab die Regionaldirektorin einen Überblick über die wichtigsten gemeinsamen Erfolge des Regionalbüros und erläuterte dessen Pläne in sechs Handlungsbereichen: Bewältigung der Herausforderungen und Prioritäten in der Europäischen Region; Stärkung der Gesundheitssysteme; Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und Gesundheitsförderung; Fortsetzung der Arbeit an noch nicht erledigten Aufgaben im Bereich der übertragbaren Krankheiten; Stärkung von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen; und Führungsfragen beim Regionalbüro, Partnerschaften und strategische Kommunikation.

Sie erklärte, sie habe ihr Amt im Jahr 2010 mit einer auf fünf Jahre angelegten Zukunftsvision für mehr Gesundheit in der Europäischen Region angetreten und sich dazu konkret sieben strategisch vorrangige Bereiche vorgenommen. Dabei habe sie insbesondere drei Herausforderungen im Auge gehabt: die zunehmenden Ungleichgewichte in Bezug auf die Gesundheitssituation und die Entwicklung der Gesundheitssysteme innerhalb von wie auch zwischen Ländern, die Bevölkerungsalterung und die Bedeutung der nichtübertragbaren Krankheiten. Dank der Anstrengungen des Regionalbüros, der Mitgliedstaaten und der Partnerorganisationen sei die Arbeit in allen sieben Bereichen entweder abgeschlossen oder zumindest weit fortgeschritten. Das Regionalbüro habe „Gesundheit 2020“, das neue europäische Rahmenkonzept mit der dazu gehörigen Strategie, in einem Prozess ausgearbeitet, der partizipatorisch und auf Evidenz gestützt gewesen sei und im Einklang mit der im Gange befindlichen Reform der WHO gestanden habe. In „Gesundheit 2020“ würden nachdrücklich Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Region durch konsequentes Ansetzen an deren sozialen Determinanten propagiert. Das Regionalbüro arbeite mit seinem neuen Programm „Anfälligkeit und Gesundheit“, mit einem Projekt über Migration und öffentliche Gesundheit (mit Unterstützung Belgiens und Italiens) sowie durch Unterstützung der Anstrengungen der Länder zur Umsetzung der Strategien der EU zugunsten der Ethnie der Roma auf eine Verwirklichung des Rechts von Frauen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen auf Gesundheit hin. Es unterstütze außerdem die Anstrengungen der Länder zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) und arbeite darauf hin, der Gesundheit einen bedeutenden Stellenwert auf der entwicklungspolitischen Agenda nach 2015 zu verschaffen.

Das Regionalbüro ermutige die Länder dazu, in ihren Gesundheitssystemen eine allgemeine Versorgung anzustreben. Es werde dem Regionalkomitee einen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorlegen und habe seine Arbeit im Bereich der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen forciert. Darüber hinaus werde es im Jahr 2013 auf einer Tagung mit den Mitgliedstaaten in Estland eine Bilanz der Fortschritte bei der Erfüllung der Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ ziehen. Es sei den Ländern auch bei der Bewältigung der Folgen der Finanzkrise durch eine Veränderung der konzeptionellen Ausrichtung behilflich, die eine Stärkung der finanziellen Absicherung, Effizienzverbesserungen, Investitionen in den Bereich öffentliche Gesundheit und eine Ausweitung der

Versichertenzahlen beinhalte. Es habe auch bereits mit den Vorbereitungen auf eine Tagung in Norwegen begonnen, auf der über das weitere Vorgehen auf diesem Gebiet beraten werden solle, und habe eine Tagung mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zum Thema nachhaltige Finanzierung gehalten. Ferner habe es Schulungen zum Thema Gesundheitsfinanzierung durchgeführt und plane eine weitere Veranstaltung speziell für EU-Staaten. Im Einklang mit dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften unterstütze das Regionalbüro die Mitgliedstaaten auch beim Aufbau eines nachhaltigen Fachkräfteangebots im Gesundheitswesen. Um verwertbare Evidenz für politische Entscheidungsprozesse in den Ländern bereitzustellen, habe es eine Suche in seinen Datenbanken durchgeführt und arbeite gemeinsam mit der EU und der OECD am Aufbau eines integrierten Gesundheitsinformationssystems; außerdem werde es ein Europäisches Netzwerk für evidenzgeleitete Konzepte starten.

Das Regionalbüro habe mit der Umsetzung des Aktionsplans der Europäischen Region zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) sowie der Politischen Erklärung der Vereinten Nationen über nichtübertragbare Krankheiten begonnen; dies geschehe vor allem durch Stärkung von Partnerschaften und durch mehr fachliche Unterstützung für Länder, die hier konkrete Erfolge vorweisen könnten, wie etwa die Türkei, die Russische Föderation und die Ukraine. Durch Zusammenarbeit mit Norwegen, Dänemark, der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) und der OECD seien wichtige Fortschritte in Bereichen wie Beobachtung nichtübertragbarer Krankheiten, Befähigung von Patienten, Krebsbekämpfung und Diabetes erzielt worden. Gemeinsam mit Partnern wie der EU sei das Regionalbüro den Ländern bei der Umsetzung eines breiten Spektrums von Instrumenten zur Förderung und Verbesserung von Gesundheit behilflich; zu diesen gehörten der Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020), das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) und der Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007–2012). Bei der Arbeit zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen liege der Schwerpunkt auf dem Abbau von Ungleichheiten sowie auf der Verbesserung von Qualität und Zugänglichkeit der Angebote im Bereich Reproduktionsgesundheit. Schließlich habe das Regionalbüro im Rahmen des Weltgesundheitstages 2012 auch das Thema gesundes Altern vorangetrieben (u. a. in Zusammenarbeit mit der dänischen Präsidentschaft) und habe eine Strategie und einen Aktionsplan für gesundes Altern zur Vorlage an das Regionalkomitee ausgearbeitet.

Bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten habe das Regionalbüro zusammen mit den Mitgliedstaaten und den Partnerorganisationen – darunter der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, die EU, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die dänische EU-Präsidentschaft – mit der umfassenden Umsetzung der auf dem Regionalkomitee im Jahr 2011 verabschiedeten Aktionspläne gegen medikamentenresistente Tuberkulose, HIV/Aids und bakterielle Resistenz begonnen. Zusammen mit dem ECDC werde das Regionalbüro ab 2012 den Europäischen Antibiotikatag auch auf Mitgliedstaaten außerhalb der EU ausweiten. Die Regionaldirektorin konnte als Erfolge vermelden, dass die Europäische Region auf dem besten Wege zur Eliminierung der Malaria bis 2015 sei und weiterhin den Status als poliofrei halte. Gleichzeitig versprach sie aber auch, in Bezug auf Polio nicht nachzulassen, die Mitgliedstaaten weiterhin bei der Eliminierung von Masern und Röteln bis 2015 zu unterstützen (einem Ziel, das durch größere Ausbrüche mittlerweile gefährdet sei) und zusammen mit den Ländern die Ausarbeitung eines Aktionsplans der Region gegen Vektor- und Parasitenkrankheiten voranzutreiben. Das Regionalbüro werbe nach wie vor aktiv für Impfmaßnahmen, namentlich durch die Europäische Impfwoche, an der

in diesem Jahr sämtliche 53 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region teilgenommen hätten, aber auch im Rahmen der Weltimpfwoche 2012.

In enger Zusammenarbeit mit den Regierungen, dem WHO-Hauptbüro, der EU und ihren Institutionen, wie dem ECDC und der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA), unterstütze das Regionalbüro die Länder bei der Bewältigung von Notlagen und Gesundheitskrisen, beim Ausbau ihrer Kapazitäten für Notfallvorsorge und Gegenmaßnahmen im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sowie bei der Vorbereitung auf die bzw. Bewältigung der gesundheitlichen Anforderungen im Hinblick auf Massenveranstaltungen. Das Regionalbüro habe auch innerhalb des globalen Rahmens der WHO für die Reaktion im Krisenfall seine Notfallverfahren gestärkt und erprobt und Griechenland, Italien, Malta und die Türkei bei der Bewältigung von Migrations- und Flüchtlingsströmen unterstützt. Im Bereich Umwelt und Gesundheit habe das Regionalbüro seine fachliche Arbeit intensiviert, mit Unterstützung durch Deutschland seine Programme konsolidiert und den Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit dabei unterstützt, den Prozess aktiv voranzutreiben.

Partnerschaften, auch innerhalb der WHO, seien für alle Bereiche der Arbeit der WHO von entscheidender Bedeutung. Deshalb habe die Organisation ihre Kontakte zu Organisationen der Vereinten Nationen wie auch zur EU, zu globalen Partnerschaften und zu den jeweiligen Inhabern der EU-Präsidentschaft ausgebaut und werde noch während der Tagung des Regionalkomitees einen gemeinsamen Aktionsplan mit der OECD unterzeichnen. Zu einer gestärkten Führung des Regionalbüros im Sinne der WHO-Reform gehörten eine gewichtigere Rolle für das Regionalkomitee, eine verstärkte Beteiligung an der Arbeit des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) in Verbindung mit mehr Transparenz sowie umfassendere Konsultationen mit den Mitgliedstaaten im Rahmen des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter, dessen bisherige Tagungen in Andorra, Belgien und Israel stattgefunden hätten. Die Regionaldirektorin begrüßte die eingehenden Diskussionen über die Finanzen des Regionalbüros, die das Regionalkomitee auf dieser Tagung führen werde, und zeigte sich erfreut über die Gelegenheit, zusammen mit dem Stellvertretenden Generaldirektor den Vorsitz in einer globalen Sonderarbeitsgruppe für die Beschaffung von Finanzmitteln und die Verteilung der Mittel innerhalb der WHO zu führen. Zur Stärkung der Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten habe das Regionalbüro damit begonnen, konkrete Länder-Kooperationsstrategien auszuarbeiten; als erstes Land sei die Schweiz an der Reihe gewesen. Zum Abschluss ihrer Ansprache schilderte die Regionaldirektorin, wie das Regionalbüro traditionelle und neue Kommunikationswege dazu nutze, seine Arbeit zu erleichtern und an die Öffentlichkeit zu tragen.

In der anschließenden Aussprache erhielt die Regionaldirektorin viel Lob für ihren Bericht, ihre Zukunftsvision von mehr Gesundheit für die Europäische Region und die Fortschritte des Regionalbüros bei ihrer Verwirklichung, für ihr Bekenntnis zur WHO-Reform und zur Führungsrolle bei der konzeptionellen Entwicklung sowie für ihre Unterstützung an eine Reihe von Ländern bei ihren Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerung. Die Mitgliedstaaten forderten das Regionalbüro auf, hinsichtlich seiner Aktivitäten Prioritäten zu setzen (auch durch Reduzierung des Umfangs der Dokumente für das Regionalkomitee), um die Gefahr einer Überlastung angesichts finanzieller Sachzwänge zu vermeiden, und nahmen zu der Ausrichtung der WHO-Reform wie auch der künftigen Arbeit des Regionalbüros Stellung.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten sprach, erkannte die Bemühungen der Regionaldirektorin und des Regionalbüros an, die Gesundheitssituation zu verbessern und die WHO

für ihre Aufgaben zu rüsten. „Gesundheit 2020“ sei ein positiver Schritt auf dem Weg zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision, und auch der Entwurf der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern mit seiner Schwerpunktlegung auf Gesundheit als Querschnittsaspekt sei zu begrüßen. Die Dokumente für das Regionalkomitee seien in diesem Jahr zeitiger versendet worden, doch solle das Regionalbüro die Zahl der geplanten Resolutionen und Maßnahmen begrenzen, vor der Planung neuer Initiativen erst die vereinbarten umsetzen, bei Möglichkeit andere Wege als Resolutionen wählen und dafür sorgen, dass alle zur Annahme vorgelegten Dokumente klar und prägnant und für die Länder nicht mit zusätzlichen Berichtspflichten verbunden seien.

Die überwältigende Mehrzahl der Delegierten begrüßten „Gesundheit 2020“; das Rahmenkonzept diene als Grundlage für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in den Ländern und als Orientierungshilfe für Mitgliedstaaten wie Regionalbüro; es sei aufgrund des Konsultationsprozesses und der zugrunde liegenden Evidenz grundsolide und außerdem eng mit anderen Instrumenten (z. B. FCTC und frühere Rahmenkonzepte „Gesundheit für alle“) verknüpft. Die Delegierten begrüßten auch den Entwurf des Aktionsplans für öffentliche Gesundheit und die Strategien für die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit den Ländern und mit den Außenstellen des Regionalbüros. Italien sagte seine weitere Unterstützung für das Büro in Venedig zu, und Kasachstan bot für den Fall der Annahme der Strategie des Regionalbüros die Einrichtung einer neuen Außenstelle mit Themenschwerpunkt primäre Gesundheitsversorgung an. Mehrere Delegierte begrüßten auch die Diskussionen über die Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit in der Europäischen Region, und in einer Wortmeldung wurde danach gefragt, wann die vollständigen Ergebnisse der drei Studien, die „Gesundheit 2020“ zugrunde lägen, zur Diskussion gestellt würden.

Die Grundsätze der WHO-Reform wurden befürwortet und die Organisation wurde dazu aufgefordert, ihre Aufgaben auf nationaler, regionaler und globaler Ebene klar zu definieren, einen transparenten und strategischen Dialog mit den Mitgliedstaaten und mit anderen maßgeblichen Akteuren aufrechtzuerhalten und eine Rechenschaftslegung zu gewährleisten, wie in dem Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 (GPW12) und im Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 vorgesehen. Es wurde der Wunsch nach einer strafferen Organisation ausgesprochen, in der das Hauptbüro der WHO gemeinsame Konzepte vorgebe, die dann von den Regionalbüros gemäß den Gegebenheiten in ihrer jeweiligen Region umgesetzt würden; die Präsenz der WHO in den Ländern wiederum solle im Hinblick auf eine mögliche Rationalisierung evaluiert werden.

Ein Delegierter, der im Namen der am Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) beteiligten zehn Mitgliedstaaten sprach, bezeichnete das Netzwerk als ein Instrument zur Förderung von Frieden und Kooperation in Gesundheitspolitik und Gesundheitsdiplomatie, dessen Arbeit auch der ökonomischen Entwicklung nicht nur in den beteiligten Ländern, sondern auch anderswo in Europa zugute komme. Die Mitglieder des SEEHN seien entschlossen, „Gesundheit 2020“ und den Aktionsplan für öffentliche Gesundheit umzusetzen, wie sie es 2011 in ihrer Verpflichtung von Banja Luka zum Ausdruck gebracht hätten, und würden im Jahr 2014 über die Ergebnisse berichten. Weitere erfreuliche Resultate der Zusammenarbeit zwischen SEEHN und WHO seien die Einrichtung von Zentren für regionale Gesundheitskooperation in den Mitgliedstaaten und die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der nationalen Impfprogramme.

Die Erfolge der Länder bei der Verbesserung der Gesundheit ihrer Bevölkerung erstreckten sich auf eine Vielzahl von Bereichen – von der Stärkung der Gesundheitssysteme über die Erstellung von Handlungskonzepten für die Bekämpfung übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten bis zur

Förderung von Gesundheit und Thematisierung ihrer sozialen Determinanten. Die Länder seien für die Unterstützung durch die WHO und andere Partner dankbar und böten im Gegenzug gern ihre Erfahrungen, ihre Instrumente und andere Ressourcen an.

Mit Blick auf die Zukunft riefen verschiedene Delegierte die WHO, die Mitgliedstaaten und die Partnerorganisationen zu weiteren Anstrengungen in Bereichen wie nichtübertragbare Krankheiten, Finanzierung der Gesundheitssysteme, Innovationen in der gesundheitlichen Entwicklung sowie Koordination von Forschung und Entwicklung auf. Ein Delegierter wies speziell auf die Bedrohung durch neu auftretende Vektorkrankheiten hin und begrüßte den Handlungsappell der Regionaldirektorin an die WHO und die EU, wobei er die Hilfe seines Landes in Aussicht stellte.

Die Stellvertretende Direktorin der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) schilderte kurz die Ergebnisse eines vor kurzem stattgefundenen Besuchs der Regionaldirektorin und ihrer Mitarbeiter. Dazu gehörten der Erfahrungsaustausch über Fragen der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, eine Zusammenarbeit im Bereich eGesundheit und Impfwesen, eine mögliche Zusammenarbeit durch ein regionenübergreifendes Kooperationszentrum und die Verbesserung von Koordination und Informationsaustausch zur Unterstützung der Territorien europäischer Mitgliedstaaten in der WHO-Region Gesamamerika.

In ihrer Antwort erklärte die Regionaldirektorin, der Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 werde zeigen, dass das Regionalbüro sich nachdrücklich um eine Priorisierung seiner Aktivitäten bemüht habe. Das Regionalbüro trage durch die Global Policy Group (GPG) zur WHO-Reform bei und setze die Beschlüsse der leitenden Organe unverzüglich nach deren Annahme um. Sie sei dankbar für die Anerkennung der zeitigen Versendung der Dokumente für das Regionalkomitee und räumte ein, die Hintergrunddokumente seien sperrig geraten; der Grund für ihre Verteilung an die Mitgliedstaaten im Geiste von Transparenz liege darin, dass sie die Ergebnisse der evidenzbasierten Studien enthielten, anhand derer „Gesundheit 2020“ ausgearbeitet worden sei. Sie seien als nützlich für die Mitgliedstaaten eingestuft worden und sollten daher nach Möglichkeit im kommenden Jahr weiter diskutiert werden. Im Hinblick auf künftige Tagungen des Regionalkomitees werde das Regionalbüro sich bemühen, den Umfang der Dokumente und die Zahl der Resolutionen zu begrenzen.

Die Regionaldirektorin dankte allen Ländern für ihre Unterstützung in jedweder Form, gratulierte ihnen zu ihren Erfolgen (wie etwa der Verpflichtung von Banja Luka und der Schulung des SEEHN zum Thema Gesundheitsdiplomatie) und versprach, sie weiterhin zu unterstützen. Sie sei gern bereit, über Pläne für die Einrichtung neuer Außenstellen im späteren Verlauf der Tagung zu sprechen, wenn das Regionalkomitee über den betreffenden Tagesordnungspunkt berate. Sie sei entschlossen, bei der Bekämpfung von Vektorkrankheiten aktiv zu werden, und arbeite an einer Initiative, die eine Intensivierung der Anstrengungen zur Abwehr dieser Gefahr zum Ziel habe.

Die Generaldirektorin erklärte, die WHO sei sich der Notwendigkeit bewusst, innerhalb ihrer Möglichkeiten zu bleiben und messbare Ergebnisse zu liefern. Die Länder hätten den Programmhaushaltsentwurf ohne einen Haushaltsrahmen erhalten, damit sie sich auf die Prioritätensetzung konzentrieren könnten und die WHO dann eine Kostenkalkulation vornehmen könne. Die Mitgliedstaaten sollten in sich stimmige Aussagen dazu machen, welche Prioritäten sie sich für die Arbeit der Organisation wünschten. Sobald die Prioritätensetzung abgeschlossen sei, werde ein Haushaltsrahmen vorgeschlagen. Auch wenn die Ressourcen begrenzt seien, so könnten die WHO-Regionen sie doch konstruktiver

einsetzen, um einander zu helfen. Abschließend sprach sich die Generaldirektorin mit Nachdruck für eine Begrenzung der Länge der Dokumente der leitenden Organe aus.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R1.



**Ansprachen des Europäischen
Kommissars für Gesundheit und
Verbraucherpolitik und des
Stellvertretenden Generalsekretärs
der Organisation für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung**

Der Europäische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherpolitik hob hervor, dass die Europäische Union und die WHO im Hinblick auf Maßnahmen zur Gesundheit die gleichen Werte und Grundsätze verfolgen. Sowohl die EU als auch die WHO wurde von ihren Mitgliedstaaten in dem Wissen gegründet, dass sie gemeinsam stärker und effektiver sein würden, und beide Organisationen ergänzten sich in ihrer Zusammenarbeit, um ihren Mitgliedstaaten und deren Bürgern bestmöglich zu dienen. Auf der 60. Tagung des Regionalkomitees hätten die Regionaldirektorin und er eine gemeinsame Erklärung mit dem Titel „Eine gemeinsame Sicht für gemeinsames Handeln“ abgegeben. Kernelemente dieser Zukunftsvision seien die Verschiebung von reaktiven zu proaktiven Gesundheitsversorgungssystemen, eine stärkere Fokussierung auf die Prävention und Behandlung von Krankheiten, die durch den Lebensstil hervorgerufen würden, sowie von chronischen Erkrankungen und die Entwicklung innovativer Lösungen zur Lieferung qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten und Verbesserung der Effizienz und Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen.

Die gemeinsame Erklärung stehe für eine Neuorientierung, bei der statt der bisherigen projektbezogenen Arbeit nun ein strategischeres Vorgehen in sechs Kernbereichen im Vordergrund stehe: Gesundheitssicherheit, Gesundheitsinnovationen, Gesundheitssysteme, gesundheitliche Ungleichheiten, Gesundheitsinformationen und Stärkung der Zusammenarbeit in den Ländern. Für jeden dieser sechs Kernbereiche hätten die EU und die WHO gemeinsame Fahrpläne mit spezifischen Zielen und Prioritäten für eine Kooperation innerhalb und außerhalb der Europäischen Region entwickelt. Hochrangige Vertreter der WHO und der Kommission hielten regelmäßige Besprechungen ab, um die Fortschritte zu überprüfen und gegebenenfalls die Prioritäten anzupassen. Während der vergangenen zwei Jahre seien die WHO und die Kommission konkret dazu übergegangen, ihre Zukunftsvision in die Tat umzusetzen. Ihre Zusammenarbeit zeige Wirkung und verbessere die gesundheitliche Lage von Millionen von Menschen in ganz Europa.

Die Regionaldirektorin bestätigte, dass die gemeinsame Erklärung erfolgreich umgesetzt werde: Hochrangige Vertreter beider Institutionen hielten jährliche Tagungen ab, wobei die nächste Tagung 2013 in Genf auf Einladung der WHO-Generaldirektorin stattfinden werde. Darüber hinaus habe die WHO eine neue Vereinbarung mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) geschlossen. Die WHO sei dem Verwaltungsrat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBBD) beigetreten und halte regelmäßige Besprechungen mit hochrangigen Vertretern der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit ab. Die

Zusammenarbeit mit den Kollegen in der Europäischen Kommission sei außergewöhnlich gut und fest verankert durch das neue Rahmenwerk und strategische Konzept zur europäischen Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“.

Der Stellvertretende Generalsekretär der OECD hob hervor, dass sich Europa fünf Jahre nach dem Ausbruch der Wirtschaftskrise noch immer bedrohlich nah am Abgrund befinde: Die Arbeitslosigkeit liege bei über 10%, wobei die Jugendarbeitslosigkeit bis zu fünfmal so hoch sei und die Langzeitarbeitslosigkeit zugenommen habe. Bei der Überwindung der Banken- und Staatsschuldenkrise sei wenig Fortschritt zu verzeichnen. Ein Wirtschaftswachstum von über 1% sei 2012 nur schwer zu erreichen. In den meisten Staaten der Europäischen Region gebe es nur sehr geringe Chancen, dass die Ausgaben für die Gesundheitspolitik in den kommenden fünf Jahren wesentlich angehoben werden könnten, und in einigen Staaten seien weitere Ausgabenkürzungen unvermeidlich. Unter diesen Umständen müssten die Staaten bei den Gesundheitsausgaben kosteneffizienter arbeiten. Hier könnten die OECD und die WHO eine wichtige Rolle spielen, indem sie die Regierungen dabei unterstützen, Schwachstellen in den Gesundheitssystemen zu identifizieren, und indem sie ihnen Beispiele bewährter Praktiken an die Hand geben, um Leistungen zu optimieren und Veränderungen zu bewirken.

Der zentrale Grundsatz, welcher dem in Kürze zu unterzeichnenden gemeinsamen Aktionsplan zugrunde liege, stütze sich auf die Erkenntnis, dass die OECD und die WHO mehr Wirkung erzeugen könnten, wenn sie gemeinsam und nicht gesondert tätig würden. Dabei komme den folgenden drei Bereichen besondere Bedeutung zu: Hervorhebung der positiven Funktion der öffentlichen Gesundheit aus wirtschaftspolitischer Perspektive (es sei bemerkenswert, dass die europäischen Staaten weiterhin nur 3% ihrer Gesundheitsbudgets für die Krankheitsprävention verwenden, obgleich nachgewiesen sei, dass derartige Ausgaben höhere Wirkung erzielen als viele Ausgaben im Bereich der Sekundär- und Tertiärversorgung), Gewährleistung der fiskalischen Nachhaltigkeit der Gesundheitsausgaben sowie Verbesserung und Ausbau der nicht-monetären Statistiken und Gesundheitsdaten. Das Verständnis für die Feinheiten der Gesundheitsversorgung, das für die Arbeit der WHO typisch sei, verbunden mit der ökonomischen Strenge, die von der OECD angelegt werde, könne beide Organisationen in die Lage versetzen, sich gemeinsam und überzeugend für die Gesundheit im Allgemeinen und eine angemessene Reform der Gesundheitsversorgung im Besonderen einzusetzen.

Die Regionaldirektorin begrüßte es, dass die OECD Ungleichheiten und die gesellschaftlichen Auswirkungen der Wirtschaftspolitik hervorhebe. Dies stimme vollkommen mit den Zielen und Werten der WHO und ihrem neuen Rahmenkonzept für die europäische Gesundheitspolitik überein. Die beiden Organisationen hätten die Zusammenarbeit bereits in Form einer Expertengruppe aufgenommen, welche die Zielvorgaben für das gesundheitliche Wohlbefinden in Europa messe und festsetze. Eine kürzlich veröffentlichte Studie der OECD zu den ökonomischen Argumenten für gesundheitspolitische Maßnahmen sei ein herausragendes Beispiel für ihre gemeinsamen Aktivitäten. Wie bereits erwähnt, bestehe das Ziel des gemeinsamen Aktionsplans darin, Gesundheitsinformationssysteme in Europa zu verbessern, den Mitgliedstaaten die bestmögliche Unterstützung bei der Entwicklung solider und nachhaltiger Gesundheitssysteme zu bieten und gemeinsam in den Bereichen Gesundheitsförderung, nichtübertragbare Krankheiten und soziale Determinanten von Gesundheit zu arbeiten.

Die Generaldirektorin betonte, dass die Gesundheitsministerien mit anderen Bereichen der Regierung zusammenarbeiten müssten, um bei der Bewältigung von Problemen wie Adipositas und schädlichem Alkoholkonsum eine höhere Wirkung zu erzielen. Was die Finanzierung betreffe, sei es angezeigt, zunächst ineffiziente Verfahren im Krankenhaussektor zu beheben, bevor Budgetkürzungen vorgenommen

würden. Antizyklische Investitionen (wie sie in zwei europäischen Staaten vorgenommen würden) seien sinnvoll. Die Erhebung glaubhafter Gesundheitsdaten sei für das jeweils betroffene Land wichtig und versetze Finanzierungspartner in die Lage, Leistungen zu überwachen und das öffentliche Interesse zu wecken.

Die Regionaldirektorin und der Stellvertretende Generalsekretär unterzeichneten einen gemeinsamen Aktionsplan zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und der OECD.



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

(EUR/RC62/6, EUR/RC62/Inf.Doc./6)

Das Deutschland im Exekutivrat vertretende Mitglied aus der Europäischen Region, das auch den Tagungen des SCRC beobachtend beiwohnen sollte, berichtete, die 65. Weltgesundheitsversammlung habe 17 Resolutionen und 9 Beschlüsse verabschiedet. Es seien drei Erklärungen im Namen der Europäischen Region abgegeben worden. Das beobachtende Mitglied wies das Regionalkomitee insbesondere auf die folgenden Resolutionen hin: Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (WHA65.23); Stärkung der Konzepte gegen nichtübertragbare Krankheiten zur Förderung eines aktiven Alterns (WHA65.3); Poliomyelitis: Intensivierung der globalen Eradizierungsinitiative (WHA65.5); Ergebnis der Weltkonferenz über soziale Determinanten von Gesundheit (WHA65.8); globaler Aktionsplan für Impfstoffe (WHA65.17) und weltweite Woche der Immunisierung (WHA65.18) und minderwertige/nachgeahmte/fälsch etikettierte/gefälschte/kopierte Arzneimittel (WHA65.19). Auf Ersuchen der Weltgesundheitsversammlung werde das Regionalkomitee die folgenden vier Themen ausführlich diskutieren: globaler Aktionsplan zur psychischen Gesundheit, globales Beobachtungssystem für nichtübertragbare Krankheiten, Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung und Reform der WHO.

Globaler Aktionsplan zur psychischen Gesundheit

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung sagte, es werde ein europäischer Aktionsplan zur psychischen Gesundheit ausgearbeitet, der auf dem globalen Aktionsplan zur psychischen Gesundheit basiere. Da der globale Aktionsplan noch nicht abgeschlossen sei und 2013 von der Weltgesundheitsversammlung und dem Exekutivrat diskutiert werde, könne der europäische Aktionsplan noch nicht erörtert werden. Ein Vertreter eines Mitgliedstaats wies auf die steigende Zahl psychischer Erkrankungen hin und betonte, dass die psychische Gesundheit bei allen Entscheidungen zur öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden müsse.

Globales Beobachtungssystem für nichtübertragbare Krankheiten

Der Beigeordnete Generaldirektor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit erläuterte, dass die WHO auf der Tagung auf hoher Ebene der Vereinten Nationen über die

Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten damit beauftragt worden sei, das Verfahren zur Einführung eines umfassenden globalen Beobachtungssystems für nichtübertragbare Krankheiten, einschließlich einer Reihe von Indikatoren und freiwilliger globaler Ziele für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, federführend zu betreiben. Auf der Grundlage dieses Mandats habe die Weltgesundheitsversammlung beschlossen, das Ziel einer weltweiten Verringerung der Frühsterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten um 25% bis zum Jahr 2025 festzusetzen. Es sei darum gebeten worden, auf regionaler Ebene Konsultationen durchzuführen, um sich über potenzielle spezifische Zielvorgaben und Indikatoren zu einigen. Im November 2012 werde eine förmliche globale Tagung stattfinden, auf der das Beobachtungssystem endgültig beschlossen werden solle.

Der Direktor für nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung gab eine Zusammenfassung über das Online-Konsultationsverfahren zu Zielvorgaben und Indikatoren, das auf europäischer Ebene stattgefunden hatte. Die Mitgliedstaaten seien ersucht worden, ihre Kapazitäten für die Messung der elf vorgeschlagenen Indikatoren zu melden. Aus den Antworten sei ersichtlich geworden, dass einige Indikatoren zwar von der Mehrzahl der Staaten gemessen werden könnten, bei anderen Indikatoren dies jedoch problematisch sei, wie z. B. bei Blutzucker- und Blutfettwerten. Die Befragung laufe noch eine weitere Woche, damit sich auch diejenigen Staaten, die noch nicht geantwortet hätten, äußern könnten, und die endgültigen Ergebnisse würden Ende des nächsten Monats zusammengefasst. Das Regionalkomitee solle entscheiden, ob es das Verfahren fortsetzen wolle, indem es eine Facharbeitsgruppe zur endgültigen Festsetzung einer Reihe von Indikatoren und Zielvorgaben einrichte und im Namen der Europäischen Region Bericht erstatte, oder ob die Mitgliedstaaten selbst direkt beim WHO-Hauptbüro in Genf Bericht erstatten wollten.

In der anschließenden Diskussion kamen die Mitgliedstaaten überein, dass die Einrichtung eines globalen Beobachtungssystems für nichtübertragbare Krankheiten von entscheidender Bedeutung sei, und sie hoben hervor, dass die festzusetzenden Zielvorgaben relevant, realistisch und erreichbar sein müssten. Die vorhandenen Erkenntnisse müssten bestmöglich genutzt werden und eine Belastung durch zusätzliche Meldepflichten sei weitgehend zu vermeiden. Einige Stimmen warnten davor, Zielvorgaben zu vereinbaren, die nicht erreicht werden könnten, und Indikatoren zu verwenden, deren Messung zu kostspielig sei, insbesondere angesichts der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise. Ein Delegierter wies darauf hin, dass der Termin für die endgültige Festlegung des Beobachtungssystems immer näher rücke und die Beratungen über die Zielvorgaben und Indikatoren daher mit den Mitgliedstaaten im WHO-Hauptbüro durchzuführen seien und keine Facharbeitsgruppe auf regionaler Ebene eingerichtet werden solle. Der Vertreter des Staates, der derzeit die EU-Ratspräsidentschaft innehat, legte dem Regionalkomitee den Entwurf eines Beschlusses zur Prüfung vor.

Die Generaldirektorin ersuchte die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region eindringlich, unverzüglich Zielvorgaben festzulegen und Indikatoren für die Überwachung nichtübertragbarer Krankheiten zu definieren. Sie wies darauf hin, dass die Glaubwürdigkeit der WHO erheblich Schaden nehme, wenn die von den Vereinten Nationen auf Ende 2012 festgesetzte Frist für die Einführung des globalen Beobachtungssystems nicht eingehalten werde. Würden nicht unverzüglich Maßnahmen ergriffen, werde eine „zweite“ Epidemie nichtübertragbarer Krankheiten ausbrechen: In den kommenden 20 Jahren würde sich die Zahl der Komplikationen, die auf nichtübertragbaren Krankheiten beruhen (z. B. Erblindung, Nierenversagen und Amputationen aufgrund von Diabetes), deutlich erhöhen. Daher seien dringend Maßnahmen zu ergreifen, die sicherstellten, dass nichtübertragbare Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und wirksam überwacht würden.

Die Regionaldirektorin sagte der Generaldirektorin die Unterstützung der Europäischen Region zu und erklärte, dass die Online-Konsultation abgeschlossen und die Ergebnisse dem Beigeordneten Generaldirektor übermittelt würden. Es werde keine Facharbeitsgruppe eingerichtet, stattdessen werde das Regionalbüro für Europa die bilateralen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten fortsetzen und deren individuelle Stellungnahmen in die Diskussionen einbringen, die auf globaler Ebene geführt würden.

Im Namen der Framework Convention Alliance, der Union for International Cancer Control und der Allianz gegen nichtübertragbare Krankheiten, der Internationalen Föderation der Medizinstudentenverbände sowie des Europäischen Herzzetzes wurden Erklärungen abgegeben.

Das Regionalkomitee billigte den Entwurf eines Entschlusses, der von Zypern im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union vorgelegt worden war (EUR/RC62/(1)).

Beratende Expertengruppe Forschung und Entwicklung

Der Beigeordnete Generaldirektor für Innovation, Information, Evidenz und Forschung erinnerte daran, die Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung (CEWG) sei 2010 von der 63. Weltgesundheitsversammlung eingesetzt worden als Reaktion auf die Sorge, dass für Krankheiten, welche die Bevölkerung von Entwicklungsländern unverhältnismäßig stark betreffen, nur in unzureichendem Maße Forschungsmittel bereit gestellt würden. Die CEWG habe im April 2012 einen Bericht herausgegeben, der während der 65. Weltgesundheitsversammlung und in nationalen und regionalen Konsultationen erörtert worden sei mit dem Ziel, Beiträge für die vom 26. bis 28. November 2012 stattfindende globale Tagung mit offenem Ende zu erhalten. Auf dieser Tagung sollten Optionen genannt werden, die der 66. Weltgesundheitsversammlung vorgelegt würden. Die Expertengruppe habe empfohlen, dass alle Länder sich zur Bereitstellung von mindestens 0,01% ihres Bruttoinlandsproduktes (BIP) für staatlich finanzierte Forschung und Entwicklung verpflichten und dass die Industrieländer erwägen 0,15–0,2% zuzusagen, ferner dass ein globales Observatorium für Forschung und Entwicklung unter der Obhut der WHO geschaffen und ein globaler Rahmen in Form eines rechtsverbindlichen Instruments entwickelt würden.

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation präsentierte die Ergebnisse der Online-Konsultation, mit deren Hilfe Rückmeldungen zum Bericht der Expertengruppe gewonnen worden waren. Fünf Mitgliedstaaten hätten sich beteiligt. Sie hätten empfohlen, die derzeitigen Regeln für geistiges Eigentum und die derzeitige Praxis in Forschung und Entwicklung zu überprüfen, und hätten darüber hinaus konkrete Verfahren und Anreize angeregt. Sie seien der Ansicht, dass vor konkreten Mittelzusagen oder der Vereinbarung bindender Verfahren erst alle Optionen erkundet werden sollten und dass viele Empfehlungen und Möglichkeiten auch außerhalb eines verbindlichen Rahmens realisiert werden könnten. In Bezug auf die Finanzierung stimmten eine Reihe von Ländern im Grundsatz der Zusage eines festen Anteils ihres BIP zu, hielten einen solchen Schritt jedoch noch für verfrüht; andere bezweifelten den Sinn einer solchen Zusage, einige Länder bezeichneten eine verbindliche Zusage sogar als „inakzeptabel“. Zu einer gemeinschaftlichen Finanzierung habe kein Konsens vorgelegen. Die Länder hätten die federführende Rolle der WHO in der globalen Koordinierung und Leitung von Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich verbal unterstützt, allerdings eine größere Ausnutzung vorhandener Initiativen und Strukturen empfohlen. Andere hätten festgestellt, dass bessere Koordinierung in einer neuen oder umgestalteten Struktur erforderlich sei. In Bezug auf das geplante Übereinkommen und den rechtsverbindlichen Rahmen hätten einige Länder angemerkt, dass man sich zunächst auf dessen Reichweite einigen müsse und dass öffentliche

Gesundheit darin eine wichtige Rolle spielen müsse. Zweifel seien an der Machbarkeit geäußert worden. Unmittelbar habe der Vorschlag also keine Unterstützung gefunden. Um den Konsultationsprozess voranzubringen, könne nun eine Facharbeitsgruppe zur Ausarbeitung konkreter Vorschläge gebildet werden, eine Redaktionsgruppe könne einen Aktionsplan erarbeiten oder es könnten andere Verfahren gefunden werden, hierunter die Fortsetzung der Online-Konsultation für weitere Antworten der Länder.

Ein Vertreter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, sagte die derzeitigen Maßnahmen zur Sicherung eines globalen Rahmens für Forschung und Entwicklung, der die prioritären Bedürfnisse der Entwicklungsländer aufgreife, reichten nicht aus. Die EU sei der Ansicht, dass die Lösung in verstärkter Koordinierung liegen müsse. Sie nehme die Überlegung der Expertengruppe zum vernünftigen Einsatz öffentlicher Mittel als Bewertungskriterium für Vorschläge zur Kenntnis. Eine langfristige Koordinierung sei erforderlich, um Rolle und Kapazität der WHO für das Benennen von Prioritäten im Bereich von Forschung und Entwicklung zu stärken. Die Arbeit solle weitestgehend auf vorhandenen Initiativen aufbauen. Das Aktivitätsspektrum solle vereinbart werden, hierunter die Priorisierung von Koordinierungsbemühungen, damit der gesamte Forschungsprozess sowie Innovation, Umsetzung, Zugänglichkeit, Begleitung und Auswertung gestärkt und besser ausbalanciert werden könnten. Die EU nehme die Bewertung und Untersuchung von Modellen durch die Expertengruppe zur Kenntnis, welche die Kosten für Forschung und Entwicklung von den Preisen für Arzneimittel gemäß der Globalen Strategie und des globalen Aktionsplans für öffentliche Gesundheit, Innovation und geistige Eigentumsrechte trennen. Abschließend empfahl die EU die Einholung einer ausreichenden Menge verlässlicher Daten über Forschung und Entwicklung aus den Mitgliedstaaten, freiwillige öffentliche Mittel für Forschung und Entwicklung und Transparenz für den Geldstrom zu prioritären Bereichen.

Eine Delegierte bemerkte, dass einige Empfehlungen aus dem Bericht der Expertengruppe vor ihrer Umsetzung noch weiter erörtert werden müssten. Offensichtlich gebe es zu wenig Forschung und Entwicklung gegen Krankheiten, die Entwicklungsländer unverhältnismäßig stark betreffen, und daher fehle es auch an Arzneimitteln für deren Behandlung. Auch wenn die vorhandenen Regeln zum Schutz des geistigen Eigentums Forschung und Entwicklung begünstigten, habe Marktversagen doch einen drosselnden Effekt. Daher sei es unerlässlich, die zu dieser Kategorie zählenden Krankheiten zu benennen, die im Fokus der Empfehlungen der Expertengruppe stünden. Ihrer Meinung nach könne ein verbindliches Rahmenübereinkommen die Finanzierung von Forschung und Entwicklung nicht optimal sichern, da die Regierungen nur schwer von seiner Ratifizierung zu überzeugen wären und die Verhandlungen sich in die Länge ziehen würden, obwohl doch unmittelbares und kurzfristiges Handeln erforderlich sei. Andere Mechanismen müssten gefunden werden, um die Koordinierung und Finanzierung von Forschung und Entwicklung sicherzustellen, etwa das Aufbringen und Bündeln freiwilliger Mittel und die anschließende Überführung der Mittel an eine besser geeignete Struktur.

Ein anderer Delegierter unterstützte die Schaffung eines europäischen Zweigs des globalen Observatoriums der WHO für Forschung und Entwicklung, die angeregten Finanzierungswege für Gesundheit und Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich in den Entwicklungsländern sowie die angeregten globalen Koordinierungsmechanismen. Er stimme auch dem Vorschlag zur Schaffung eines Netzwerks aus Forschungseinrichtungen zu und rege an, dass regionale Fach- und Beratungsausschüsse zur besseren Abstimmung der nationalen Forschungsinitiativen gegründet würden. Sein Land werde den Bericht der Expertengruppe in einer nationalen Konsultation vorlegen und an der regionalen Konsultation teilnehmen, um darin konkrete Vorschläge zu unterbreiten.

Der Beigeordnete Generaldirektor für Innovation, Information, Evidenz und Forschung gestand ein, dass die Zeit für die unmittelbare Unterstützung eines Rahmenübereinkommens oder eines Vertrags zur Finanzierung von Forschung und Entwicklung durch die Länder noch nicht reif sei. Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation sagte, dass die Stimme der gesamten Region zum Bericht der Expertengruppe gehört werden solle. Das Regionalkomitee kam überein, dass die Online-Konsultation verlängert und so den Mitgliedstaaten die Gelegenheit zu weiteren Kommentaren gegeben werden solle. Die Zusammenfassung der Online-Konsultation solle dann im SCRC erörtert werden, bevor sie dem WHO-Hauptbüro zugeleitet würde.

Es wurden Erklärungen abgegeben im Namen der Ärzte ohne Grenzen und der Stiftung Health Action International.

Ansprache der Generaldirektorin der WHO



Die Generaldirektorin begann ihre Ansprache, indem sie den Erfolg der Länder der Europäischen Region bei der Realisierung gesundheitlicher Zugewinne sowie ihr anhaltendes Engagement für die Gesundheit auf innerstaatlicher, regionaler und internationaler Ebene lobte. Ihr Bemühen werde durch die erforderliche Auseinandersetzung mit starken Kräften erschwert, auf die Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen keinen Einfluss hätten, wie die Lebensmittel- und Tabakindustrie, aber auch die Finanzkrise. Die Europäische Region habe sich intensiv darum bemüht, den Beweis zu erbringen, dass Gesundheit Wohlstand bedeutet. In dem gegenwärtigen Klima sei es wichtiger denn je, geplante Strategien durch solide Erkenntnisse über ihre Wirksamkeit und Kosteneffektivität zu stützen, wie das Regionalbüro dies in drei Studien zur Untermauerung von „Gesundheit 2020“ getan habe (soziale Determinanten, Politikgestaltung und Steuerung, ökonomische Argumente für Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit). Nun würden praktische, evidenzbasierte Empfehlungen für alle Arten von Maßnahmen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten benötigt, nicht zuletzt um die vielen anderen Akteure zu überzeugen, ohne deren Unterstützung es keinen Erfolg geben könne.

Die Generaldirektorin bat die Mitgliedstaaten um Rat in Bezug auf die beiden großen Aufgaben, vor denen sie und die WHO heute stünden: die Reform der WHO und die Einbeziehung von Gesundheit in die entwicklungspolitische Agenda nach 2015. Die Führungsrolle der Europäischen Region sei für die Reform der WHO ebenso wichtig wie etwa für die geplante Strategie für gesundes Altern mit ihrem Aktionsplan, die aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung notwendig geworden sei. Da die Finanzierung eine bedeutende Triebkraft für Reformen sei, würden die Mitgliedstaaten sich mit der Reform der WHO im Rahmen ihrer Beratungen über das GPW12 und den Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 befassen, in dem zum ersten Male in der Geschichte der WHO demonstriert werde, wie Prioritätensetzung in der Praxis funktioniere. Das Sekretariat werde diese Dokumente unter Berücksichtigung der in den Regionalkomitees erfolgten Stellungnahmen der Mitgliedstaaten und der breit angelegten Konsultationen mit allen Partnerorganisationen überarbeiten und einer Sondertagung des PBAC und

des Exekutivrates im Januar 2013 vorlegen. So solle erreicht werden, dass die von der WHO erarbeiteten Vorschläge den Gegebenheiten in den Ländern gerecht würden; dazu müssten sie pragmatisch, realistisch und für die Eigentümer der Organisation annehmbar sein.

Die WHO kooperiere mit einer Vielzahl von Partnerorganisationen, darunter anderen Organisationen der Vereinten Nationen, und sei federführend im Einfangen eines breiten Spektrums von Meinungen, damit Gesundheit in die entwicklungspolitische Agenda nach 2015 einbezogen werde. Diese Bemühungen sollten sich die zahlreichen Lehren aus der Verfolgung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) zunutze machen, wie etwa die entscheidende Bedeutung funktionsfähiger Gesundheitssysteme, die eine finanzielle Absicherung bei Inanspruchnahme böten, oder die Wichtigkeit der Beschränkung auf eine begrenzte Anzahl zeitgebundener Ziele. Die Mitgliedstaaten müssten zugleich hart dafür kämpfen, dass wenigstens ein Entwicklungsziel für die Phase nach 2015 einen Gesundheitsbezug habe, und doch der Versuchung widerstehen, allzu viele Ziele festzulegen. Ein solches Ziel müsse die Komplexität der gegenwärtigen Rahmenbedingungen und die vielfältigen Probleme der heutigen Lebensrealität widerspiegeln (Klimawandel, Zunahme von Krisensituationen, rapide steigende Gesundheitskosten und Lebensmittelpreise, demografische Überalterung, Globalisierung ungesunder Lebensgewohnheiten), die allesamt die Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten begünstigten. Diesen Trends könne jedoch ausgleichend entgegengewirkt werden: mit intelligenten Konzepten, die explizit auf Chancengleichheit abzielten, und mit überzeugenden Argumenten, die auf einer Vielfalt an Erkenntnissen und Beispielen aus der Praxis aufbauten. Auch wenn die im Rahmen der MZ erreichte Dynamik zur Aufrechterhaltung und Ausweitung der Erfolge im Kampf gegen Infektionskrankheiten fortgesetzt werden müsse, so müsse doch das große gesundheitsbezogene Ziel nach 2015 die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung sein, die den wichtigsten Einzelfaktor mit sozial stabilisierender und ausgleichender Wirkung darstelle und die als Zielsetzung bereits von zahlreichen Ländern mit Unterstützung der WHO und der Weltbank verfolgt werde.

In der anschließenden Aussprache erläuterten die Delegierten vor allem ihre Ziele in Bezug auf die WHO-Reform, für die sie ihre nachdrückliche Unterstützung zusagten. Die Europäische Region müsse dem Exekutivrat konsolidierte Vorschläge vorlegen und sich in Bezug auf das GPW12 und den Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 einigen, die beide im Mai 2013 von der Weltgesundheitsversammlung angenommen würden. Von dem Reformprozess werde viel erwartet: eine bessere Verständigung in Bezug auf Prioritäten, eine Reduzierung von Doppelarbeit innerhalb der WHO, ein solides strategisches Management und eine verbesserte Führungsarbeit, aber auch die Lösung finanzieller Probleme; so müsse die WHO insbesondere in die Lage versetzt werden, mehr vorhersehbare Finanzmittel einzuwerben und ihre Führungsrolle in einer neuen Gesundheitsarchitektur aufrechtzuerhalten, die eine Vielzahl neuer Partner einschließe und leider zu einer Fragmentierung der Gesundheitspolitik geführt habe. Eine Delegierte erklärte, ihr Land unterstütze nicht nur die Vorschläge in dem Dokument zum GPW12, sondern auch die Idee der Einrichtung einer Kooperationsstruktur für die subregionale Ebene. Ein anderer Delegierter befürwortete den Vorschlag, die allgemeine Gesundheitsversorgung zu einem gesundheitsbezogenen Ziel in der Phase nach 2015 zu machen. Er regte an, ein solches Ziel solle auch die finanzielle Absicherung und die Art der Grundversorgung beinhalten, und forderte die anderen Delegierten nachdrücklich auf, bei ihren Regierungen Überzeugungsarbeit auf diesem Gebiet zu leisten. In mehreren Wortmeldungen wurden Erfolge in verschiedenen vorrangigen Handlungsfeldern der WHO geschildert. So erklärte ein Delegierter die Bereitschaft seines Landes zum Austausch von Erfahrungen und geeigneten Instrumenten, insbesondere im Bereich der Notfallmaßnahmen, und rief

die Länder der Europäischen Region zu größeren Anstrengungen zugunsten der Flüchtlinge aus der Arabischen Republik Syrien auf.

In ihrer Erwiderung äußerte sich die Generaldirektorin anerkennend über die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung einer allgemeinen Versorgung und bei der Bewältigung von Notlagen, da sie damit ein positives Beispiel für den Nutzen von Investitionen in die Gesundheit gäben, das andere überzeugen könne. Die Länder bräuchten solche Beispiele, aber auch Kohärenz in der Gesundheitspolitik. Sie dankte den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung und ihre Stellungnahmen, namentlich zum Thema WHO-Reform. Das Sekretariat werde sich nach Kräften bemühen, ihren hohen Erwartungen gerecht zu werden und zügig zu handeln, doch die Reform sei eine gemeinsame Verantwortung mit den Mitgliedstaaten, die beide Seiten bei der Diskussion über das GPW12 und den Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 wahrnehmen könnten. Sie stimmte zu, dass die Probleme in Verbindung mit der komplexen globalen Gesundheitsarchitektur nicht ausschließlich finanzieller Natur seien. Die Mitgliedstaaten könnten die Fragmentierung bekämpfen, indem sie dafür Sorge trügen, dass alle Partnerschaften und Organisationen im Gesundheitsbereich sich jeweils auf ihren zentralen Aufgabenbereich konzentrierten und dass die Länder ihre im Rahmen von Resolutionen übernommenen Aufgaben in Angriff nähmen. Die WHO werde eine gegenseitige Rechenschaftslegung praktizieren, indem sie die Erfüllung von Verpflichtungen der Organisation wie auch der Mitgliedstaaten mitverfolge. Die Partnerschaft zwischen der WHO und den Mitgliedstaaten sei wie ein Tango, der nur durch eine äußerst enge Abstimmung zwischen beiden Partnern gelingen könne.

Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa

(EUR/RC62/4, EUR/RC62/4 Add.1,
EUR/RC62/Conf.Doc./2)



Der Vorsitzende des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC) wies darauf hin, dass der SCRC seit der letzten Tagung des Regionalkomitees fünfmal getagt habe. Aus Gründen der Transparenz hätten Delegierte aus allen Mitgliedstaaten der Region an der dritten Tagung im Mai 2012 teilnehmen können. Um die aktuelle Tagung des Regionalkomitees angemessen vorzubereiten, habe der SCRC außerdem drei Telefonkonferenzen abgehalten, die im Juni, Juli und Anfang September stattgefunden hätten.

Während des gesamten Jahres habe der SCRC die Entwicklung von „Gesundheit 2020“ aufmerksam verfolgt. Um die Zielgruppen zu erreichen und sicherzustellen, dass die Staaten die erforderlichen politischen Zusagen abgeben und der Inhalt des Konzeptes die Adressaten erreiche und von diesen verstanden werde, habe der SCRC empfohlen, dass das Sekretariat zwei gesonderte Dokumente erstelle: ein kurzes strategisches Dokument, das sich an die politischen Entscheidungsträger richte, und ein längeres Dokument für das öffentliche Gesundheitswesen. Der SCRC habe das zweijährige partizipatorische Konsultationsverfahren begrüßt, das vor allem durch das Europäische Forum für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter sowie durch schriftliche Konsultation der Mitgliedstaaten und Partner durchgeführt worden sei. Der SCRC habe empfohlen, dass das Regionalkomitee das kurze

strategische Dokument für Entscheidungsträger verabschiede und die Arbeit, die für das längere Dokument geleistet worden sei, begrüße und anerkenne, sowie die Mitgliedstaaten dazu auffordere, das Dokument umfassend zu nutzen.

Der europäische Aktionsplan für die öffentliche Gesundheit bilde den Kern von „Gesundheit 2020“ und sei ein wichtiges Hilfsmittel für die Durchführung dieses strategischen Rahmens. Maßnahmen zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region seien in den zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (EPHO) enthalten, die das Ergebnis eines aktiven und umfangreichen Konsultationsverfahrens sowohl mit den Mitgliedstaaten als auch mit den Partnern seien. Auf Empfehlung des SCRC und zwecks besserer Abstimmung sei die zeitliche Planung des europäischen Aktionsplans für die öffentliche Gesundheit gestreckt und an die Fristen für „Gesundheit 2020“ angepasst worden. Der SCRC habe dem Regionalkomitee empfohlen, den Aktionsplan gemäß dem entsprechenden Resolutionsentwurf anzunehmen.

Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region seien dem 19. SCRC auf seiner zweiten Tagung vorgestellt worden. Der SCRC habe die Interaktion zwischen WHO und Europäischer Kommission in diesem Bereich geschätzt und die Einbeziehung der Stellungnahmen und Rückmeldungen, die während der Online-Konsultation und auf seinen Tagungen eingegangen seien, begrüßt. Der SCRC habe dem Regionalkomitee empfohlen, Strategie und Aktionsplan durch den entsprechenden Resolutionsentwurf anzunehmen.

Darüber hinaus habe sich der SCRC für die neu konzipierte Strategie zur Stärkung der Funktion der Außenstellen des Regionalbüros ausgesprochen. Er habe einen Zwischenbericht angefordert, der dem Regionalkomitee im Hinblick auf die Situation der vorhandenen Außenstellen in Barcelona, Bonn und Venedig sowie des Zentrums für nichtübertragbare Krankheiten in Athen vorgelegt werden solle. Der SCRC habe bestätigt, dass Entscheidungen über die Eröffnung oder Schließung einer Außenstelle der Zuständigkeit der regionalen Leitungsgremien der Organisation unterlägen. Darüber hinaus sei sich der Ständige Ausschuss auch über die Notwendigkeit einer neuen Länderstrategie für das Regionalbüro einig gewesen und auf der aktuellen Tagung werde dem Regionalkomitee eine entsprechende Übergangstrategie präsentiert. Die endgültige Strategie werde in zwei Jahren vorgelegt, wenn im Rahmen des Verfahrens zur Reform der WHO die Arbeiten in diesem Bereich abgeschlossen seien.

Der SCRC begrüßte die regelmäßigen Aufsichtsberichte, die das Sekretariat ihm zur Durchführung des Arbeitsplans des Regionalbüros und zu Haushalts- und Finanzangelegenheiten übermittelt habe. Die Aufsichtsberichte seien für die Zwecke der Rechenschaftslegung von Bedeutung, und es werde empfohlen, dass der SCRC diesem wichtigen Bereich künftig noch mehr Zeit widmen solle.

Der Ständige Ausschuss habe die Bewerbungen geprüft, die die Mitgliedstaaten für die Besetzung freier werdender Sitze in Exekutivrat und SCRC eingereicht hätten, und er habe sich auf eine engere Auswahl der Kandidaten verständigt, die er den Delegationsleitern vorlegen werde. Ferner sei der SCRC der Auffassung, dass das Verfahren zur Auswahl von Mitgliedstaaten der Europäischen Region im Hinblick auf deren Kandidatur für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss evaluiert werden solle, wie dies in Resolution EUR/RC60/R3 vorgesehen sei.

Schließlich habe der SCRC auf Ersuchen des Vertreters eines Mitgliedstaats auf der 61. Tagung des Regionalkomitees das Sekretariat gebeten, die Kosten (nur bzgl. WHO) zu schätzen, die mit der Durchführung von Resolutionen fachlicher Natur verbunden seien. Den Rückmeldungen der Mitgliedstaaten im

Hinblick auf Eignung und Nutzen des derzeitigen Formats und Umfangs dieser Kostenschätzungen sehe der Ständige Ausschuss gespannt entgegen.

Die Stellvertretende Vorsitzende des Neunzehnten SCRC sagte, dass der Ständige Ausschuss aus Gründen der langfristigen Planung über ein fortlaufendes Programm für die anstehenden Tagungen des Regionalkomitees verfüge. Auf der Agenda für die nächste Tagung des Regionalkomitees befänden sich u. a. die folgenden Tagesordnungspunkte: psychische Gesundheit (hierzu habe kürzlich eine regionale Konsultation in Oslo stattgefunden), eine Kommunikationsstrategie für das Regionalbüro (deren Ausarbeitung mehrere Jahre in Anspruch nehmen könne) und eine Gesundheitsinformationsstrategie (hier habe der SCRC das Mandat einer Arbeitsgruppe definiert und die Vertreter der Mitgliedstaaten zur Beteiligung an dieser Arbeitsgruppe aufgefordert). Dank der Präsentationen der Vertreter der Personalvereinigung des Regionalbüros (EURSA) sei der Ständige Ausschuss weiterhin über Personalangelegenheiten informiert.

Auf Ersuchen des Vertreters eines Mitgliedstaats schlug die Regionaldirektorin vor, dass der 20. SCRC auch die Durchführung der Resolution EUR/RC60/R3 evaluieren und dem Regionalkomitee auf dessen 63. Tagung Bericht erstatten könne.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC62/R2.

Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden

(EUR/RC62/8, EUR/RC62/8 Corr.1, EUR/RC62/9, EUR/RC62/9 Add.1 Rev.1, EUR/RC62/Conf.Doc./8 Rev.1, EUR/RC62/Inf.Doc./1, EUR/RC62/Inf.Doc./2, EUR/RC62/Inf.Doc./3, EUR/RC62/Inf.Doc./4)



Die Evidenzgrundlage für „Gesundheit 2020“

Der Präsident verwies auf das Dokument EUR/RC62/Inf.Doc.2, das die Evidenzbasis von „Gesundheit 2020“ zusammenfasse. Eine Dokumentation der wichtigsten Studien, die „Gesundheit 2020“ zugrunde lägen, sei den Sitzungsunterlagen beigelegt.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees erläuterte die Position des SCRC zur Evidenzbasis für „Gesundheit 2020“. Demnach sollten mit „Gesundheit 2020“ Strategien und Interventionen gefördert werden, die besonders geeignet seien, die Gesundheit der Bürger spürbar zu verbessern; hierbei sollte die Aufhebung gesundheitlicher Ungleichheiten, die Berücksichtigung der sozialen Gesundheitsdeterminanten und die Förderung der systematischen Prävention im Vordergrund stehen. Darüber hinaus sollten darin die Ökonomie der Prävention untersucht, eindeutige Evidenz über den Nutzen von Investitionen in die Gesundheit präsentiert und grundsätzliche Handlungsrichtungen aufgezeigt werden. „Gesundheit 2020“ beziehe sich nicht nur auf wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern berücksichtige auch die Zusammenhänge zwischen diesen Erkenntnissen und den praktischen Erfahrungen in der Europäischen Region. Das Rahmenkonzept stütze sich auf wichtige Studien zu den

sozialen Determinanten von Gesundheit, zu Regierungsführung und Wirtschaft. Der SCRC habe die Ausarbeitung des Rahmenkonzepts sorgfältig beobachtet und sei nach Prüfung mehrerer Entwürfe davon überzeugt, dass sich „Gesundheit 2020“ schwerpunktmäßig mit Lösungen befasse, die für alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region wirksam und relevant sein würden.

Zusammenfassung des Europäischen Gesundheitsberichts 2012: Mehr Gesundheit und Wohlbefinden für Europa

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation legte die Zusammenfassung des Europäischen Gesundheitsberichts 2012 (EUR/RC62/Inf.Doc./1) vor. Der Bericht werde das Ergebnis der Beiträge zahlreicher Mitarbeiter des Regionalbüros und des WHO-Hauptbüros sowie der Beteiligung der Mitgliedstaaten sein, die die Lieferung von Gesundheitsstatistiken zugesagt hätten. Er stehe in engem Zusammenhang mit „Gesundheit 2020“ und werde sich aus 4 Teilen zusammensetzen. Der erste Teil enthalte eine Darstellung der epidemiologischen Evidenzbasis, die „Gesundheit 2020“ zugrunde liege. Der zweite Teil betreffe die Erarbeitung der Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“. Im dritten Teil werde die Frage erörtert, wie das gesundheitliche Wohlbefinden als Kennzeichen für sozialen Fortschritt in der Europäischen Region in die Agenda aufgenommen werden könne. Der vierte Teil identifiziere die größten Herausforderungen für die Bemessung der Gesundheit und beschreibe eine gemeinsame Lösung für die Erhebung und Analyse von Daten und die Berichterstattung über den Gesundheitszustand in der gesamten Region.

Die Zusammenfassung biete einen Überblick über neue gesundheitliche Entwicklungen in Europa, einschließlich Lebenserwartung, Sterblichkeitsraten, Todesursachen, Krankheitsbilder, Krankheitslasten und soziale Gesundheitsdeterminanten. Darüber hinaus sei in ihr das Verfahren erläutert, das zur Festlegung der Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ geführt habe. Sobald das Regionalkomitee die Zielvorgaben genehmigt habe, werde das Regionalbüro eine Reihe von Indikatoren entwickeln, die die Staaten für die Bemessung der Fortschritte zugrunde legen könnten. Darüber hinaus sei man dabei, gemeinsam mit einer Gruppe internationaler Experten ein Verfahren zur Messung des gesundheitlichen Wohlbefindens in Europa festzulegen.

Zentrale Aussagen aus den einschlägigen Studien

Der Exekutivpräsident erklärte, „Gesundheit 2020“ basiere auf einer äußerst breiten Evidenz- und Informationsgrundlage. Anschließend stellte er eine Expertenrunde vor.

Prof. Sir Michael Marmot, Leiter des Institute of Health Equity am University College London, wies darauf hin, dass sich die Gesundheitssituation in manchen Ländern der Europäischen Region aufgrund wachsenden Wohlstands, leistungsfähiger Gesundheitssysteme und einer Politik des sozialen Zusammenhalts zwar sehr positiv darstelle, dass aber nicht alle Länder über gleiche Chancen verfügten. Doch gebe es nicht nur eine beträchtliche gesundheitliche Kluft zwischen den Ländern der Region, sondern auch zunehmende Ungleichgewichte innerhalb von Ländern, die nur überwunden werden könnten, wenn Gerechtigkeit in den Mittelpunkt der Politikgestaltung gestellt werde. Deshalb sollten nun alle Länder zur Überwindung dieser Defizite tätig werden bzw. ihren Einsatz ausweiten und verbessern, denn gesundheitliche Ungleichgewichte seien ein Gradmesser für das Funktionieren der Gesellschaft insgesamt. Bei der Inangriffnahme der sozialen Determinanten von Gesundheit herrsche dringender Handlungsbedarf, insbesondere in dem aktuellen Kontext der Sparmaßnahmen infolge der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise.

Prof. Ilona Kickbusch, Leiterin des Global Health Programme am Graduate Institute of International and Development Studies in Genf, sagte in Bezug auf die unter ihrer Leitung erstellte Studie mit dem Titel *Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert*, dass grundlegende Veränderungen in der Gesellschaft, wie die Globalisierung, die europäische Integration, die wachsende Macht der Märkte, die Finanzkrise und der Einfluss der Zivilgesellschaft, gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse immer komplexer machten. Von den Gesundheitssystemen würden bei unveränderter Ressourcenausstattung immer bessere Leistungen verlangt; gleichzeitig müssten die wesentlichen Verknüpfungen zwischen gesundheitlichen und anderen gesellschaftlichen Zielen verstärkt und müsse den Erwartungen der Öffentlichkeit hinsichtlich mehr Transparenz und Rechenschaftslegung seitens des Staates entsprochen werden. Dabei müsse nicht nur untersucht werden, in welcher Weise sich andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit auswirkten, sondern auch die Frage, inwiefern Gesundheit die anderen Faktoren beeinflusse. „Gesundheit 2020“ beruhe auf einem gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz für die Gesundheitspolitik. Neben den sozialen Determinanten von Gesundheit müssten im 21. Jahrhundert unbedingt auch die kommerziellen Determinanten von Gesundheit reguliert werden, und auch die politischen Determinanten müssten gebührend berücksichtigt werden. Die Parlamentarier sollten eindringlich dazu aufgefordert werden, eine Katalysatorrolle im Übergang von Ideologie zu konkretem Handeln für mehr Gesundheit zu übernehmen.

Der Leiter des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik verwies auf eine Studie über sektorübergreifende Politikgestaltung und Steuerung für Gesundheit in allen Politikbereichen. In der Europäischen Region gebe es ein breites Spektrum von Steuerungsmodellen und -strukturen. Die Studie habe sich damit befasst, welche verschiedenen Arten von sektorübergreifenden Steuerungsstrukturen vorhanden seien, welche Maßnahmen zur Ausarbeitung von Strategien durch andere Akteure wie Parlamente und Behörden ergriffen werden könnten und wie Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft konkret eingebunden werden könnten. Bei der Entwicklung von Konzepten für sektorübergreifende Politikgestaltung und Steuerung solle nicht nur darauf geachtet werden, welche Strukturen vorhanden seien, sondern auch untersucht werden, wie sie genutzt würden und welchen Einfluss sie ausübten. Auch wenn Kabinettsausschüsse und parlamentarische Ausschüsse durchaus eine positive Rolle spielen könnten, so befassten sich doch nur wenige von ihnen primär mit Gesundheitsfragen. Hier würde sich ein Dialog zwischen den Ländern zwecks Austauschs von Erfahrungen und vorbildlichen Praktiken als äußerst nützlich erweisen.

Der Leiter der Abteilung Gesundheit bei der OECD, Mark Pearson, erklärte, die Länder Europas verwendeten durchschnittlich nur 3% ihrer Gesundheitsausgaben auf die Krankheitsprävention. Die Politik müsse davon überzeugt werden, dass ein Mangel an Investitionen in die Prävention einer Verschwendung öffentlicher Gelder gleichkomme. Es gelte daher zu unterstreichen, dass bestimmte Präventionsmethoden, wie etwa Tabakbesteuerung, die Begünstigung rauchfreier Umfelder und ein Verbot von Tabakwerbung, nicht nur kosteneffektiv seien, sondern sogar kostensparend wirkten. Andere Methoden, wie die Durchsetzung von Gesetzen gegen Alkohol am Steuer, die Senkung des Gehalts an Salz und gesättigten Fettsäuren in verarbeiteten Lebensmitteln oder die Regulierung der Lebensmittelwerbung für Kinder, könnten langfristig erhebliche Kostenersparnisse einbringen, zumal die daraus resultierenden gesundheitlichen Verbesserungen sich unmittelbar positiv auf die Produktivität der berufstätigen Bevölkerung auswirkten. Generell müsse eine Verlagerung von der kurativen Versorgung hin zur Prävention angestrebt werden.

Der kommissarische Leiter des Büros in Barcelona mit Zuständigkeit für die Stärkung der Gesundheitssysteme erklärte, jedes Land in der Europäischen Region sei von der Wirtschafts- und Finanzkrise auf unterschiedliche Weise betroffen, doch seien die Auswirkungen im westlichen Teil der Region am gravierendsten. Die am stärksten betroffenen Länder prüften die Einführung strenger Sparmaßnahmen für eine Dauer von bis zu vier Jahren. Dort, wo es zu echten Einschnitten in Gesundheitsetats komme, seien nicht nur entsprechende Ausgabenkürzungen erforderlich, sondern auch Einsparungen durch Erhöhung der Effizienz; gleichzeitig gelte es jedoch auch die Werte zu bewahren, an denen den Mitgliedstaaten gelegen sei, ohne Kosten auf die Patienten abzuwälzen. Eine Reihe von Ländern hätten versucht, durch Einführung sog. „Sündensteuern“ Einnahmen für das Gesundheitswesen zu erzielen, andere hätten angesichts der Krise die allgemeine Versorgung mit Gesundheitsleistungen gestärkt. Generell sei es wünschenswert, das Gesamtbild zu betrachten; direkte Ausgaben für Krankenhäuser stellten oftmals eine Fehlinvestition dar.

Der Leitende Wissenschaftler und Repräsentant der WHO bei der EU gab einen Überblick über eine von ihm durchgeführte Bewertung sämtlicher Resolutionen, Erklärungen und rechtsverbindlichen Dokumente zu Sachthemen, die in der Europäischen Region der WHO zwischen 1990 und 2010 angenommen worden seien. Während dieses Zeitraums habe das Thema Partnerschaften zu den von den Mitgliedstaaten am meisten genannten gehört und sei in 73% der untersuchten Dokumente thematisiert worden. Die große Zahl der von den Ländern eingegangenen Verpflichtungen auf der regionalen und globalen Ebene habe zu einem beträchtlichen Maß an Doppelarbeit geführt und eine Evaluation ihrer Wirkung deutlich erschwert. „Gesundheit 2020“ stelle einen neuen Rahmen für die Einbeziehung einschlägiger Sachfragen in die Politikgestaltung dar. Seine Analyse könne als ein nützliches Instrument für ein Nachdenken über bestimmte Steuerungsmechanismen in den Ländern der Europäischen Region der WHO genutzt werden.

Der Leiter der Grundsatz- und Querschnittsprogramme und Sonderprojekte der Regionaldirektorin sagte, „Gesundheit 2020“ sei auf der Grundlage einer Vielzahl von Erkenntnissen ausgearbeitet worden, die ihrerseits auch für die Untersuchungen über die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ herangezogen würden. Diese Erkenntnisse würden zusammen mit zweckdienlichen Informationen über Gegebenheiten in den Ländern für die Entwicklung von Schulungspaketen herangezogen und auch in die Diskussionen im Zuge des Umsetzungsprozesses einfließen.

Zwei Mitgliedstaaten richteten Fragen an die Expertenrunde. Ein Delegierter fragte, in welchen Bereichen Kürzungen an den Gesundheitsausgaben vorgenommen werden könnten; der andere wollte wissen, wie proaktive Konzepte für die Organisation des Gesundheitswesens gefördert werden könnten, anstatt auf eine rückwirkende Anwendung von Erkenntnissen für die Politikgestaltung zu setzen, wie dies im Gesundheitswesen offenbar meist der Fall sei. Er warnte auch davor, bei einer Verlagerung in Richtung Prävention gesellschaftliche Wertvorstellungen wie die Pflege älterer Menschen aufzugeben.

Die Podiumsteilnehmer antworteten, die Bereiche, in denen Einsparungen erzielt werden könnten, seien aufgrund der ungleich gelagerten Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung von Land zu Land sehr unterschiedlich. Gesamtgesellschaftliche Konzepte berücksichtigten gesellschaftliche Werte und sollten daher gefördert werden. Es müsse verstärkt in vorwärtsgerichtete Mikrosimulationsmodelle für das Gesundheitswesen investiert werden, um eine proaktive Planung zu fördern, wie sie häufig in anderen Bereichen erfolge. Auch Wissensvermittlung spiele eine wesentliche Rolle: durch Verbreitung von Evidenz und vorbildlichen Praktiken zum allseitigen Nutzen.

Die Generaldirektorin erklärte, das Gesundheitswesen habe allzu lange abgekapselt von anderen Bereichen agiert. Die WHO müsse entscheidend dazu beitragen, die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Partnern zu fördern und Grundsatzpapiere für die Gesundheitsminister zu erstellen, die diesen als Argumentationshilfe auf der gesamtstaatlichen Ebene dienen könnten. Darüber hinaus müsse auch angestrebt werden, andere maßgebliche Akteure mit der Frage zu konfrontieren, wie die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit eine Änderung der Einstellungen zu politischen Maßnahmen bewirken könne. Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit sei ein bedeutendes Thema, das im Kontext der WHO-Reform behandelt werden müsse.

Diskussion über „Gesundheit 2020“

Die Regionaldirektorin schilderte den Entstehungsprozess von „Gesundheit 2020“, der mit der Sammlung von Erkenntnissen in Konsultationen mit Hunderten von Experten aus einem breiten fachlichen Spektrum begann, sich mit der Dokumentation von Erfahrungen der Politikgestalter und Fürsprecher der öffentlichen Gesundheit fortsetzte und in eine kollegiale Begutachtung durch Tausende von Akteuren zur Sicherung der Relevanz in verschiedenen Kontexten und Systemen mündete. Das Dokument sei bestimmt für Gesundheitsminister, denen es neue Führungsaufgaben und -möglichkeiten aufzeige, für Regierungschefs, denen es wirtschaftliche Argumente für Investitionen in Gesundheit an die Hand gebe, für Gesundheitsfachleute, denen es integrative Strategien und Interventionen zur Bewältigung der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen in der Region, zur Verknüpfung klinischer Interventionen mit Chancengleichheit und den sozialen Determinanten von Gesundheit sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme vorzeichne, für Partnerorganisationen, die für die gleichen gemeinsamen Werte einträten und für die Zivilgesellschaft, deren Bürger, Verbraucher und Patienten es zu patientenzentrierter Versorgung befähige. Die WHO werde die Annahme und Anpassung von Ansätzen der Länder im Geiste von „Gesundheit 2020“ unterstützen. Sie bitte im Gegenzug um die Unterstützung der Länder für „Gesundheit 2020“ und sehe der Zusammenarbeit mit ihnen für eine gesündere Europäische Region erwartungsvoll entgegen.

Der Leiter der Grundsatz- und Querschnittsprogramme und Sonderprojekte der Regionaldirektorin sagte, das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ sei darauf angelegt, eine praktische Basis für die führenden Köpfe jedes Landes zu schaffen, Anwälte der Gesundheit ihrer Nationen zu werden und weitere Sektoren und Partner hierfür einzubinden. Die ausgedehnte Konsultation habe die Grundlage für das Rahmenkonzept geschaffen und die Diskussionen hätten zu einem gemeinsamen Verständnis neuer Konzepte und ihrer Umsetzung in die Praxis geführt. Durch das Dokument werde anerkannt, dass die Länder sich in unterschiedlichen Ausgangslagen befänden; daher betone es die zentralen Prinzipien und Konzepte und zeige, was funktioniere und welche Kapazitäten für die jeweiligen Ansätze erforderlich seien. In Rahmenkonzept und Strategie seien hierfür alle verfügbaren Erkenntnisse zusammengetragen und die Zusammenhänge in ihrer integrierten Gesamtheit gezeigt worden. Ein breites Spektrum von Akteuren, das von Regierungschefs bis zu nichtstaatlichen Organisationen, Bürgermeistern und Gouverneuren reiche, solle hieraus Nutzen ziehen können. Veränderungen und Erneuerungen in den Führungskonzepten des Gesundheitsbereichs würden hierdurch legitimiert. Eine der größten Stärken von Rahmenkonzept und Strategie sei, dass hier gezeigt würde, wie die neuen Konzepte erfolgreich umgesetzt werden könnten. Verfahren zur Weiterentwicklung der Kapazitäten und der Anleitungen würden in „Kernpaketen“ angeregt, über die eine neue interaktive Website weitere Auskunft gebe.

Ein Vertreter des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss habe insbesondere die stark partizipatorische Herangehensweise an den Entwurf von „Gesundheit 2020“ begrüßt, durch die bedarfsgerecht und sensibel auf die Rückmeldungen der Mitgliedstaaten und Partner in der gesamten Europäischen Region eingegangen worden sei. Beide Dokumente seien tatsächlich das Ergebnis einer gemeinsamen Anstrengung. „Gesundheit 2020“ appelliere wirklich an viele Akteure. Hier würde nichts vorgeschrieben, sondern es würden für alle Mitgliedstaaten in der Region Hilfen und Anregungen angeboten. Der SCRC unterstütze beide Dokumente und den sie begleitenden Resolutionsentwurf von ganzem Herzen.

In der sich anschließenden Diskussion ergriffen Vertreter aus 30 Mitgliedstaaten das Wort und drückten ihre Unterstützung für „Gesundheit 2020“ und Wertschätzung für die Führungsrolle der WHO in dem Unterfangen aus. Alle begrüßten das Grundsatzdokument, dessen Entstehungsprozess (der auf partizipatorische Weise allen Mitgliedstaaten Beiträge ermöglicht habe), dessen Qualität und dessen Nützlichkeit für die Arbeit im eigenen Land. Viele Mitgliedstaaten berichteten davon, dass sie ihre Gesundheitspläne der kommenden Jahre bereits an früheren Entwürfen des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ orientiert hätten. Das Rahmenkonzept sei von signifikantem Wert für die Arbeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit, in den Ministerien, Gemeinschaften, akademischen Institutionen, Städten und Gemeinden, zwischenstaatlichen Organisationen und in der Zivilgesellschaft. Eine Delegierte sagte, sie freue sich darauf, das Konzept für die Einführung eines neuen Teams im Gesundheitsministerium ihres Landes in den Stellenwert und Beitrag der öffentlichen Gesundheit für die Regierung unter dem Aspekt des Wirtschaftswachstums zu nutzen. Alle Redner begrüßten die Evidenzgrundlage von Rahmenkonzept und Strategie sowie die präsentierten neuen Ansätze (die ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Vorgehen vorsähen). Eine Reihe von Delegierten wiesen darauf hin, es bestehe nicht unbedingt ein linearer Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und gesundheitlichen Resultaten; vielmehr könnten manchmal schon relativ geringe Investitionen in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erheblichen gesundheitlichen Zugewinnen führen. Im Namen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks wurde die Tatsache begrüßt dass das Dokument eher einen Schirm über Strategien spanne, statt wie früher konkrete Gesundheitsthemen anzugehen, und dass dieses Modell in Zukunft zur Verknüpfung anderer Konzepte und Strategien der Region genutzt werden könnte. Als Beispiel könnten die beiden anderen Strategien dienen, die das Regionalkomitee gerade diskutiere, nämlich die zum Thema öffentliche Gesundheit und die zum gesunden Altern. „Gesundheit 2020“ ergänze auch die Verpflichtung von Banja Luka, die in Bosnien und Herzegowina 2011 eingegangen worden sei.

In einer Wortmeldung wurde gesagt, dass „Gesundheit 2020“ dem Thema Chancengleichheit und der Notwendigkeit sektorübergreifenden Handelns weiter einen Platz auf der Tagesordnung sichere und dass dies in Zeiten wirtschaftlicher Rezession und den sie begleitenden Gesundheitsrisiken sehr wichtig sei. In einem anderen Beitrag wurde der Nachdruck auf die sektorübergreifende Arbeit gelobt, doch zugleich auf die unterschiedlichen Aufgaben von demokratisch gewählten Organen und öffentlicher Verwaltung einerseits und anderen Akteuren andererseits sowie auf die im Vergleich zum Hintergrundpapier breiter angelegte europäische Praxis und Auffassung in Bezug auf Gesundheit in allen Politikbereichen hingewiesen. Außerdem wurde die WHO dazu aufgefordert, ihre bedeutende Rolle für die normative Arbeit und die Schaffung von Standards sowie das Angebot fachlichen Rats, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung von Gesundheitssystemen, weiterhin wahrzunehmen. Die WHO solle die Gesundheitsbehörden durch das Aufzeigen von Optionen und durch Orientierungshilfen für die Führungsarbeit sowie durch die Nennung der bestehenden Beispiele ressortübergreifender Ausschüsse unterstützen. Zu diesen Optionen und Orientierungshilfen müssten alle vorhandenen

Bemühungen und Werkzeuge zählen, deren vollständige Umsetzung vorrangig gesichert werden solle, wie etwa das Tabakrahmenübereinkommen und die Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit.

Ein Delegierter, der im Namen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, äußerte Genugtuung über Synergien des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ mit dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie mit maßgeblichen Konzepten und Strategien der EU. Andere Delegierte wiederholten die Notwendigkeit, die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ mit der Reform der WHO abzustimmen, Überschneidungen in der Arbeit zu vermeiden und auch die regionalen und globalen Prozesse aneinander anzupassen.

Eine Delegierte äußert sich skeptisch in Bezug auf den Begriff des Wohlbefindens. Es sei schwierig, „Wohlbefinden“ und dessen Abhängigkeit von ökonomischen und historischen Faktoren objektiv zu definieren. Seine Bewertung unterliege dem Risiko von Messfehlern und Fehldeutungen und dies erschwere länderübergreifende Vergleiche. Sie vertrat auch die Ansicht, dass die Indikatoren objektiv und dadurch hinreichend präzise sein sollten. Außerdem solle die Auswertung von „Gesundheit 2020“ auf bestehenden Indikatoren und Beobachtungsverfahren beruhen und im bestehenden finanziellen Rahmen erfolgen. Die Ergebnisse einer solchen Auswertung könnten dann der Aktualisierung der Erkenntnisse und der Wissensgrundlage zur besseren Umsetzung von „Gesundheit 2020“ dienen.

Ein Mitgliedstaat schlug eine Änderung am Resolutionsentwurf im Absatz 2 des Beschlussteils vor. Im Namen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks wurde die Hinzufügung eines neuen Unterabsatzes zwischen den Absätzen 6 b) und 6 c) angeregt. Ein weiterer Vertreter kündigte im Namen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten an, dem Sekretariat eine Reihe von Änderungsvorschlägen am Resolutionsentwurf schriftlich zu übermitteln.

Matthias Groote, der Vorsitzende des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) des Europäischen Parlaments richtete per Video eine Grußbotschaft an die Tagungsteilnehmer. Er begrüßte „Gesundheit 2020“ und verglich das Rahmenkonzept mit dem EU-Programm: „Gesundheit für Wachstum“ (2014–2020). Das Programm bezwecke nachhaltige Gesundheit durch gesunde Ernährung sowie das Vorgehen gegen eine sitzende Lebensweise, die Maximierung des gesellschaftlichen Mitwirkens älterer Menschen, den Abbau grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren und den Ausbau der Pharmakovigilanz. Dieses Programm passe synergetisch zu „Gesundheit 2020“ und er sehe der Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro erwartungsvoll entgegen.

Die Regionaldirektorin begrüßte, dass sich „Gesundheit 2020“ schon in der Entstehungsphase auf die gesundheitspolitische Entwicklung auf nationaler Ebene auszuwirken begonnen habe. Sie sicherte allen Mitgliedstaaten zu, dass das Regionalbüro sie bei ihren Bemühungen zur Umsetzung des Rahmenkonzepts mit voller Kraft unterstützen werde. Die Definitionshoheit der Länder über „Gesundheit 2020“ sei entscheidend, sie sei schon im partizipatorischen Entwurfsverfahren gefördert worden und müsse durch politische Entschlossenheit und Führungsstärke auch in der Umsetzung erhalten bleiben. Sie erkannte die Notwendigkeit an, „Gesundheit 2020“ nicht nur mit anderen regionalen Initiativen, sondern auch mit den globalen Prozessen im Allgemeinen und mit der Reform der WHO im Besonderen abzustimmen.

Die im Rahmen des SEEHN abgegebene Stellungnahme zur notwendigen Abstimmung von WHO-Strategien und Aktionsplänen mit „Gesundheit 2020“ sei besonders relevant und ließ sie daran denken,

dass das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ ein lebendiges Dokument sein solle. In Beantwortung der gegen den Begriff des Wohlbefindens geäußerten Bedenken erinnerte sie daran, dass Wohlbefinden in der Definition von Gesundheit der Satzung der WHO enthalten sei. Eine weitere Verfeinerung der Definition von Wohlbefinden sei erforderlich, könne aber nur auf Anweisung der Mitgliedstaaten und in einem partizipatorischen Konsultationsprozess erfolgen. Auch wenn die WHO die Gesundheitsbehörden bereits zur Zusammenarbeit mit anderen Sektoren ermutige, so seien größere Anstrengungen zur Förderung der Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor erforderlich, da sich gerade Investitionen in die frühkindliche Entwicklung wirklich lohnten. Die Gesundheitsminister sollten in dieser Hinsicht eine führende Rolle einnehmen. Zum Abschluss eröffnete die Regionaldirektorin die neue Website für „Gesundheit 2020“.

Im Namen des Europäischen Herznetzes, der Europäischen Allianz für öffentliche Gesundheit, des Europäischen Verbands für öffentliche Gesundheit, der European Respiratory Society, der Internationalen Allianz der Patientenorganisationen, des Internationalen Epilepsiebüros, dem Ständigen Ausschuss der europäischen Ärzte, der Thalassaemia International Federation, der Weltvereinigung für physikalische Therapeutik, dem Weltverband für medizinische Ausbildung und dem Weltverband der ErgotherapeutInnen wurden Erklärungen abgegeben.

Das Regionalkomitee behandelte den Resolutionsentwurf aus Dokument EUR/RC62/Conf.Doc./8 Rev.1. Im Namen der Europäischen Union und deren Mitgliedstaaten wurden zwei weitere Änderungen vorgeschlagen. Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R4.



Zwölftes Allgemeines Arbeitsprogramm 2014–2019

Der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management stellte den jüngsten Entwurf des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms (GPW12) vor. Da die Mitgliedstaaten mehr Konsultation und Partizipation in der Erarbeitung des GPW12 und des Programmhaushalts der Organisation gefordert hätten, habe im Februar 2012 im WHO-Hauptbüro in Genf eine Konsultationstagung stattgefunden, auf der Einigkeit über fünf (plus eine) Kategorien und fünf Kriterien für die Festlegung der Prioritäten und Programme der WHO erzielt worden sei. Eine erste Skizze des GPW12 sei auf der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 erörtert worden. Ein zweiter Entwurf des GPW12 und ein erster Entwurf des Programmhaushaltsentwurfs für 2014–2015 würden derzeit auf den Tagungen der Regionalkomitees erörtert und beide Dokumente würden danach für die Vorlage vor PBAC und Exekutivrat im Januar 2013 und der 66. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 überarbeitet.

Anders als im aktuellen GPW11 für den Zeitraum 2006–2015, in dem den Prioritäten der WHO nur relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden sei, stelle das GPW12 einen strategischen Rahmen

auf, der sich auf die direkte Verknüpfung zwischen der Arbeit der WHO und die sich daraus ergebenden Folgen für die öffentliche Gesundheit konzentrierte und dadurch deutlicher den Ertrag der Investitionen in die Organisation zeige. Das erste Kapitel im GPW12 diene der Beschreibung des Umfeldes in Form der politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Realitäten und der sich wandelnden Agenda und Situation für die globale Gesundheit. Im zweiten Kapitel werde die Rolle der WHO durch eine Kombination beständiger Grundsätze, Werte und Ansätze und der strategischen Antwort auf das sich wandelnde Umfeld dargestellt. Im dritten Kapitel würden 26 Prioritäten für den Zeitraum 2014–2019 bestimmt, indem die Kriterien für die Prioritätensetzung innerhalb der jeweiligen Fachkategorie angewandt würden, und es werde kurz auf die Rolle der WHO in jedem Prioritätenbereich eingegangen. Das vierte Kapitel sei eine Beschreibung der Aktivitäten in den Programmkategorien, die zum Erreichen der Ergebnisse der Reform von Führungs- und Leitungsstruktur der WHO beitragen. Im fünften Kapitel werde durch eine klare Kausalkette für die Ergebnisse gezeigt, wie Investitionen in die WHO die Gesundheit der Menschen verbesserten, indem Beiträge und Aktivitäten mit Leistungen, Ergebnissen und Auswirkungen verknüpft würden. Das Sekretariat trage alleine die Verantwortung für die drei ersten Aspekte, während es sie für die beiden letztgenannten Aspekte mit den Mitgliedstaaten und Partnern teile. GPW12 umfasse Ergebnisse und Auswirkungen, während der Programmaushaltsentwurf auf Leistungen konzentriert sei. Beiträge und Aktivitäten würden im Rahmen der operativen Planung der Organisation definiert. Ein sechstes und abschließendes Kapitel zu den Ressourcen werde an den nächsten Entwurf des GPW12 angehängt.

In der sich anschließenden Aussprache dankten die Mitgliedstaaten dem Sekretariat und allen an der Erstellung der Dokumente zur Reform der WHO beteiligten Parteien. Alle Mitgliedstaaten seien an der Gegenleistung für ihr Geld interessiert, sodass diese Perspektive nicht nur „Gesundheit 2020“, sondern auch das GPW12 und den Programmaushaltsentwurf 2014–2015 prägen solle. Die Aktivitäten der WHO sollten letztlich dem Aufbau der Gesundheitssysteme und -kapazitäten der Mitgliedstaaten dienen, insbesondere in Bezug auf Katastrophenschutz, epidemiologische Überwachung und Gegenmaßnahmen. Weitere Prioritäten seien Querschnittsthemen wie die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Benachteiligungen. In beiden Dokumenten müsse eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen den drei Ebenen der Organisation (Hauptbüro, Regionalbüro und Länderbetrieb) noch deutlicher herausgearbeitet werden.

Mehrere Delegierte waren der Überzeugung, dass die fünf Kategorien für die Fachprogramme einen geeigneten Rahmen für das GPW12 böten und begrüßten den ergebnisorientierten Ansatz. Allerdings waren sie der Ansicht, dass die 26 vorgeschlagenen Prioritäten den langjährigen bzw. jetzigen Arbeitsweisen entsprächen und daher keine strategische Neuausrichtung für die Organisation mit sich brächten. Weitere Informationen zur Begründung der Auswahl dieser Prioritäten seien erforderlich. Ja, man solle sich bemühen, ihre Zahl zu verringern, indem man untersuche, warum die früher gesteckten Ziele nicht erreicht wurden, ob die Aktivitäten noch relevant seien bzw. von anderen Akteuren besser durchgeführt werden könnten und welche Aktivitäten strategisch so wichtig seien, dass sie unter allen Umständen von der WHO ausgeführt werden müssten.

Das Fehlen von Budgetzahlen erschwere es den Ländern, der Bitte der Weltgesundheitsversammlung in Bezug auf die Setzung von Prioritäten nachzukommen. Einer Wortmeldung zufolge könne die Abgrenzung des Arbeitsbereichs der WHO nicht auf der Ebene von Kategorien und Prioritäten im GPW12, sondern nur auf der Ebene konkreter Aktivitäten erfolgen. Es wurden auch Zweifel geäußert, ob sich die 194 Mitgliedstaaten der WHO auf Prioritäten in einer Präzision einigen könnten, wie sie

für das GPW12 und den Programmhaushaltsentwurf erforderlich seien. Der Impuls für diese schwierigen Entscheidungen müsse von der Generaldirektorin und einem reformwilligen Sekretariat kommen. Nach ihrer Wiederwahl sei der Generaldirektorin der klare Auftrag erteilt worden festzustellen, welche Prioritäten aus welchen Gründen gesetzt würden, welche Organisationsebene am besten eine bestimmte Aufgabe erfüllen könne und welches Budget zur Durchführung derselben erforderlich sei.

Dagegen wurde eingewandt, dass die wichtigste Herausforderung immer noch darin liege zu sichern, dass die Prioritäten demokratisch durch die leitenden Organe festgelegt würden und dass nur die Weltgesundheitsversammlung dies durch eine Entscheidung über das GPW und den Programmhaushalt tun könne. Die entsprechend gefundenen Prioritäten müssten dann angemessen finanziert werden. Die aktuellen Haushaltsverfahren seien veraltet: Sie seien für eine Organisation entworfen worden, die über ein kleineres, aber flexibleres Budget verfügt hätte, wogegen derzeit ein Großteil der Mittel zweckgebunden sei. Ein neues Finanzierungsmodell und Haushaltsverfahren müsse von Transparenz, Demokratie und Vorhersehbarkeit geprägt sein. Eine Herangehensweise könne sein, die ordentlichen Beiträge vollkommen von ihrer Zweckbindung zu befreien. Eine andere wäre die Schaffung eines Finanzierungsdialogs mit den Mitgliedstaaten unmittelbar im Anschluss an die Entscheidung der Weltgesundheitsversammlung über einen neuen Programmhaushalt, damit die Prioritäten gemäß den von den Mitgliedstaaten getroffenen Vereinbarungen finanziert würden. Das Ergebnis des Finanzierungsdialogs könne dem PBAC und dem Exekutivrat vorgelegt werden, damit die Regionaldirektorin sich anschließend für die Mobilisierung von Ressourcen zur Schließung der verbleibenden Haushaltslücken einsetze (eine dezentralisierte Ressourcenbeschaffung diene nicht der Transparenz).

Ein Delegierter sagte im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten, dass man einen Resolutionsentwurf zu diesem Punkt an das Sekretariat gegeben habe, mit der Bitte um Verteilung an das Regionalkomitee zu dessen weiterer Behandlung.

In seiner Antwort auf die Beiträge der Delegierten führte der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management aus, dass einzelne Aktivitäten für jeden der 26 prioritären Bereiche im GPW12 herausgegriffen worden seien, dass es jedoch nicht die Absicht des Sekretariats sei, jeden Bereich umfassend auf diese Weise darzustellen. Eine Arbeitsgruppe sei gerade mit der Frage der Aufgabenverteilung zwischen den drei Ebenen der Organisation für jede Leistungsgruppe befasst.

Die Generaldirektorin stimmte zu, dass Kapazitätsaufbau eine wichtige Aufgabe der Organisation sei, doch warnte sie vor einer durch den Anbieter selbst erzeugten Nachfrage: die Länder sollten in der Lage sein, sich von den Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau zu emanzipieren. Es sei zwar richtig, dass 26 Prioritäten zu viele seien, doch habe die Weltgesundheitsversammlung sie gebilligt: Vielleicht sei es notwendig, Prioritäten nach einer angemessenen Zeit von etwa sechs Jahren wieder hinter dem Horizont verschwinden zu lassen. In Bezug auf Finanzierungsmechanismen könne es sinnvoll sein, den Mitgliedstaaten multilaterale Gespräche anzubieten, damit einige von ihnen gegebenenfalls eine Umschichtung ihrer Beiträge auf andere Prioritäten in Erwägung ziehen, falls ein bestimmter Bereich überfinanziert sei. In jedem Falle könne sie bestätigen, dass ihre nächsten Schritte zur Erarbeitung des GPW12 und des Programmhaushaltsentwurfs 2014–2015 nach den Tagungen aller Regionalkomitees des Jahres 2012 darin bestehen würden, unter Berücksichtigung der durch die Mitgliedstaaten auf diesen Tagungen geäußerten Ansichten zu benennen, welche Aktivitäten auf welcher Ebene ausgeführt werden müssten, und dann im Januar 2013 überarbeitete Fassungen der Dokumente (mit Teilhaushalten) dem PBAC und dem Exekutivrat vorzulegen.

Im Namen der Internationalen Föderation der Medizinstudentenverbände und des Medicus Mundi International Network wurden Erklärungen abgegeben.

Programmbudgetentwurf 2014–2015 – Die Perspektive der Europäischen Region

Der Beigeordnete Generaldirektor für allgemeines Management erklärte, der Programmbudget sei der zweijährliche Ausdruck des GPW, in dem die vom Sekretariat vorgeschlagenen Produkte für jeden vorrangigen Bereich konkretisiert würden. Diese Produkte seien erwartete Ergebnisse, für die das Sekretariat die erforderlichen Mittel erhalte und vollständig verantwortlich sei. Wenn eine Ergebniskette für jeden Tätigkeitsbereich festgelegt sei, könne der Etat entsprechend angepasst werden. Das Produkt werde festgelegt, dann werde über die Arbeitsteilung (Hauptbüro, Regionalbüro oder Länderbüros) entschieden, worauf eine Kostenkalkulation erfolge, und erst dann würden Mittel zugeteilt. In Ermangelung von Haushaltszahlen (da es noch keine Kostenkalkulation gebe) enthalte der Programmbudgetentwurf 2014–2015 einen Überblick darüber, wie der Haushalt 2010–2011 verwendet worden sei und wie die Mittel im gegenwärtigen Zweijahreszeitraum verwendet würden. Eine überarbeitete Fassung des Programmbudgetentwurfs 2014–2015, bei der die Kostenkalkulation für die Produkte berücksichtigt sei, werde dem PBAC und dem Exekutivrat im Januar 2013 vorgelegt.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen stellte das Dokument mit der Perspektive des WHO-Regionalbüros für Europa zum Programmbudget 2014–2015 (EUR/RC62/16 Add.1) vor. In dem Dokument würden Zielvorgaben und Produkte für die Europäische Region festgelegt, die nach der Verabschiedung des Programmbudgets 2014–2015 durch die Weltgesundheitsversammlung weiter konkretisiert würden. Zwischen dem Regionalkomitee und dem Sekretariat des Regionalbüros für Europa werde gewissermaßen ein „Vertrag“ geschlossen, in dem die geplanten Aktivitäten festgelegt und die notwendigen Finanzmittel konkretisiert würden. Die Europäische Region sei eine Vorreiterin in Bezug auf die Verwendung von Produkten (outputs) und Resultaten (outcomes); für den Zeitraum 2012–2013 habe sie bereits insgesamt 27 zentrale vorrangige Resultate und 57 andere vorrangige Resultate festgelegt. Eine Bestandsaufnahme des Inventars der erwarteten Resultate sei derzeit im Gange, und für den Zeitraum 2014–2015 werde eine Veränderung um 20% erwartet. In dem Dokument werde auch das Geschäftsmodell untersucht, in dem das Regionalbüro operiere, und es werde der relative Vorteil des Regionalbüros herausgearbeitet.

Da der globale Programmbudgetentwurf bisher noch keine Haushaltszahlen enthalte, würden in dem Dokument über die Perspektive des Regionalbüros zwei Kosten-Szenarien präsentiert, von denen eines dieselbe Mittelzuteilung zugrunde lege wie für den Zeitraum 2012–2013 (221 Mio. US-\$), und das andere eine höhere Zuteilung (240 Mio. US-\$). Beide Szenarien seien rein hypothetisch und sollten lediglich demonstrieren, wie in einer endlichen Haushaltsumgebung Mittel verteilt würden. Zur Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen Personalkosten und Aktivitäten werde eine Neuordnung der Personalkosten vorgenommen. Während die globale Finanzsituation der Organisation stabil sei und die für den gegenwärtigen Zweijahreszeitraum benötigten 4 Mrd. US-\$ wohl aufgebracht werden könnten, so sei die finanzielle Situation des Regionalbüros weit weniger rosig. Derzeit verfüge das Regionalbüro über 12 Mio. US-\$ weniger zur Umsetzung des Programms für 2012–2013 als zum gleichen Zeitpunkt im vorangegangenen Zweijahreszeitraum. Von den gesamten Haushaltsmitteln des Regionalbüros entfielen 61% auf freiwillige Beiträge, von denen rund zwei Drittel direkt vom Regionalbüro mobilisiert worden seien. Dies bedeute, dass das Regionalbüro, auch wenn die Mitgliedstaaten

Finanzmittel an die „eine WHO“ bereitstellten, dennoch gezwungen sei, sie ein zweites Mal um mehr Mittel zu bitten. Es werde angenommen, dass der nächste Programmhaushalt „vorabfinanziert“ werde, d. h. dass die freiwilligen Beiträge im Voraus zugesagt würden, sodass ein zuverlässigeres Bild vom Umfang der im kommenden Zweijahreszeitraum verfügbaren Mittel entstehe.

Der Leitende strategische Berater für Programm- und Ressourcen-Management fügte hinzu, in dem Dokument würden die im GPW12 enthaltenen fünf globalen Kriterien für die Prioritätensetzung auf die Situation in der Europäischen Region angewandt. In Anhang A werde dargestellt, welchen Bezug diese Kriterien zu den einzelnen Kategorien aus dem GPW hätten, und in Anhang C würden die 84 Resultate des gegenwärtigen Inventars mit ihren einzelnen Produkten nach Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 verknüpft. Das Dokument enthalte auch einen Überblick darüber, wie die Produkte des Sekretariats sich im Idealfall mit Blick auf die sechs Kategorien aus dem GPW12 entwickeln könnten.

Ein Mitglied des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss sei unangenehm überrascht worden, dass ihm ein Programmhaushaltsentwurf ohne Zahlen vorgelegt worden sei. Sie fügte hinzu, auch wenn sie die vom Beigeordneten Generalsekretär abgegebene Erklärung begrüße, so halte sie es dennoch nicht für angemessen, über Haushaltsprioritäten isoliert von jeglicher Information über geplante Zuteilungen und programmatische Entscheidungen zu diskutieren. Dies gelte vor allem dann, wenn ein konstanter Haushaltsrahmen geplant sei, in dem Ausgaben in einem Bereich nur auf Kosten anderer Ausgaben erhöht werden könnten, und wenn die Kosten für die Produkte stiegen. Der SCRC bedauere es, dass das Regionalkomitee nicht die Gelegenheit erhalten habe, über diese schwierigen Kompromisse zu diskutieren.

Der SCRC begrüße die Perspektive des Regionalbüros zum Programmhaushalt, da sie das richtige Maß an Analyse und Detail enthalte und als Orientierungshilfe dienen könne, die den globalen Haushalt in dem Kontext der Europäischen Region stelle. Der SCRC stelle fest, dass Fortschritt auf die eine WHO zu gemacht würden und begrüße dies, und sehe in diesem Zusammenhang einer weiteren Prüfung angemessener Mittelzuweisungen entgegen. Er stimme zu, dass eine Verlagerung von Aufgaben mit einer entsprechenden Übertragung von Geldern einhergehen müsse, und sehe der Anwendung dieses Grundsatzes mit Erwartung entgegen.

In der anschließenden Aussprache begrüßten viele Teilnehmer den ergebnisorientierten Ansatz im neuen Programmhaushalt, dessen Schwerpunkt auf der durchzuführenden Arbeit liege, womit die WHO einen Vorsprung gegenüber anderen Organisationen habe. Mehrere Delegierte waren der Ansicht, die finanzielle und haushaltliche Transparenz müsse verbessert und es müsse deutlich erklärt werden, wie die Mittel verwendet und welche Resultate erwartet würden. Auch wenn die Mitgliedstaaten sich darüber einig waren, dass die Ausarbeitung einer neuen Haushaltsstrategie ein zentrales Element der WHO-Reform bilde und besonders wichtig für die Glaubwürdigkeit der Organisation sei, so waren sie doch der Ansicht, es sei schwierig, ohne jegliche Information bezüglich der Kosten über den Programmhaushaltsentwurf zu diskutieren. Sie fragten, welche Maßnahmen das WHO-Hauptbüro zur Erstellung von Kostenkalkulationen ergreife. Einige Delegierte wiesen darauf hin, dass die Aktivitäten und Produkte zu Zeiten einer Finanzkrise priorisiert werden müssten; Business-as-usual sei nicht akzeptabel. Die Repräsentantin eines Mitgliedstaates äußerte Bedenken, dass einige der geplanten Produkte zu viele Elemente beinhalteten, um in einem Zweijahreszeitraum abgeschlossen zu werden. Sie stellte auch die Frage, wie die Prioritätsstufe dieser Elemente bestimmt werde. Ein anderer Delegierter bat um Informationen darüber, wie die WHO-Reform finanziert werde.

Zahlreiche Delegierte äußerten sich lobend über das Dokument mit der Perspektive des Regionalbüros zum Programmhaushalt 2014–2015 und bezeichneten die beiden Haushalts-Szenarien als besonders hilfreich. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass selbst bei einem unveränderten Haushalt eine Effizienzsteigerung innerhalb der Organisation erwartet werde. Ein anderer Delegierter wünschte sich einen Fahrplan, aus dem der zeitliche Rahmen für die Umschichtung der Mittel klar hervorgehe. Zwei Teilnehmer warnten vor jeglicher Reduzierung des Etats des Regionalbüros für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, da in Zentralasien im Vergleich zu anderen Teilen der Europäischen Region besonders hohe Fallzahlen von HIV/Aids wie auch Tuberkulose zu verzeichnen seien. Mehrere Mitgliedstaaten unterstrichen die Bedeutung nicht nur einer Abtretung von Aufgaben an die WHO-Regionen, sondern auch die der Stärkung der Präsenz der WHO in den Ländern.

Der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management räumte ein, dass das Sekretariat erst zu einem späten Zeitpunkt erklärt habe, warum der Programmhaushaltsentwurf in der dem Regionalkomitee vorgelegten Fassung keine Zahlen enthalte. Sobald die Prioritäten und Produkte sowie die Arbeitsteilung festgelegt seien, müsse ein „Realitätstest“ in Bezug auf die Personalausstattung durchgeführt werden. Der Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 müsse Veränderungen und Umschichtungen in der Organisation signalisieren, um den Reformprozess voranzubringen. Die Informationen zur Kostenkalkulation würden veröffentlicht, sobald sie vorlägen. Es müsse weiter geprüft werden, wie Produkte zu priorisieren seien.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen stimmte zu, dass HIV/Aids und Tuberkulose ein besonders gravierendes Problem der Europäischen Region darstellten. Eine Verringerung der Ressourcen, die der Leistungserbringung im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten zugewiesen seien, dürfe nicht dazu führen, dass die Bemühungen zur Bekämpfung von HIV/Aids und Tuberkulose reduziert würden. Die Reform der WHO mache ihre verstärkte Präsenz in den Ländern erforderlich: die Länderbüros in der Region seien überprüft und für notwendig befunden worden – daher würden sie nicht geschlossen. Allerdings fehle es an finanziellen Mitteln, um die Arbeitsplätze hochrangiger Sachverständiger in jedem Länderbüro abzusichern. Daher würden die Ressourcen zusammengelegt und man werde Sachverständige je nach Bedarf in den Länderbüros einsetzen.

Die Generaldirektorin wies darauf hin, dass die WHO nicht über ihre Verhältnisse leben dürfe. Im Rahmen der Bemühungen zur Effizienzsteigerung müsse dafür Sorge getragen werden, dass die Qualität der Leistungen keine Einbußen erleide. Es sei zu prüfen, welche Tätigkeitsbereiche eingestellt werden könnten. Bei dem WHO-Budget für den laufenden Zweijahreszeitraum in Höhe von 4 Mrd. US-\$ handle es sich um ein gekürztes Budget, das auf den Mitteln basiere, die in früheren Zweijahreszeiträumen eingenommen worden seien. Diese Mittel müssten auch die Kosten decken, die durch Inflation, Wechselkursschwankungen und die Instandhaltung von Gebäuden entstünden. Eine Sonderarbeitsgruppe zur Beschaffung von Mitteln sei geschaffen worden. Die Beschaffung der Mittel könne aber nur genehmigt werden, wenn sie gemäß den Prioritäten erfolge. Werde eine vollständige Finanzierung nicht erreicht, dann entscheide sie, an welcher Stelle Kürzungen vorzunehmen seien. Bislang sei das Verfahren zur Reform der WHO dermaßen unterfinanziert, dass es wahrscheinlich scheitern werde. Die Generaldirektorin ersuchte die Mitgliedstaaten eindringlich, kostenlose Unterstützung anzubieten.

Die Regionaldirektorin sagte, die Organisation habe nun die einzigartige Gelegenheit, GPW und Programmhaushalt zurechtzurücken. Die Regionaldirektorin unterstützte die Bemühungen der Generaldirektorin in dieser Hinsicht vollkommen. Angesichts der Annahme von Gesundheit 2020 könne jetzt

darangegangen werden zu überlegen, wie in der Europäischen Region angenommene Resolutionen der vergangenen zehn Jahre einem Ende zugeführt werden könnten. Mit dem SCRC habe man die durch das Regionalbüro zu erbringende Arbeit bereits erörtert und die zentralen Prioritäten des Regionalbüros würden 2013 festgelegt. Zwar sei es finanziell nicht möglich, in allen Länderbüros die fachlichen Kapazitäten zu erhöhen, jedoch sollten Anstrengungen unternommen werden, dies auf Ebene des Regionalbüros und der Außenstellen im Dienste an der gesamten Region zu ermöglichen. Es fehle an Maßstäben zur Klärung der Aufgaben der drei Organisationsebenen und zu ihrer anschließenden Finanzierung. Sie begrüßte die Schaffung der Sonderarbeitsgruppe zur Mittelbeschaffung. Es sei unbedingt näher zu prüfen, wie im Sinne des Gemeinschaftsgeistes der Organisation freiwillige Beiträge für das Regionalbüro mobilisiert werden könnten, ohne mehr als einmal an die Mitgliedstaaten appellieren zu müssen. Sie betonte, dass bis zu einer Einigung über dieses problematische Thema weitere Gespräche erforderlich seien.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC62/R3 mit der Maßgabe, dass Informationen über die Kosten der Leistungen und die Zuweisung der Haushaltsmittel den Mitgliedstaaten zukommen würden, sobald sie verfügbar seien.

Auswirkungen der WHO-Reform auf die Tätigkeit des Regionalbüros für Europa

Die Regionaldirektorin bezeichnete die Reform der WHO als „Baustelle“. Einige Aspekte der Reformagenda ließen sich schnell umsetzen, während die komplexeren Fragen mehr Zeit erforderten. Die Festlegung der Rollen und Zuständigkeiten für die drei Ebenen der Organisation sei wichtig, da diese die Verteilung der Finanzierung beeinflussten. Der konzeptionelle Rahmen für das GPW12 entspreche den prioritären Bereichen nach „Gesundheit 2020“ und diese Übereinstimmung biete die Chance, viele frühere Resolutionen am Horizont verschwinden zu lassen. Vorschläge in diese Richtung würden dem nächsten Regionalkomitee nach ihrer Beratung mit dem SCRC unterbreitet. Das neue Format des Programmhaushalts Sorge für Rechenschaft und Transparenz und würde es daher dem Regionalbüro ermöglichen, den Mitgliedstaaten eine deutlichere Momentaufnahme der Finanzen zu geben.

In Bezug auf Führungsfragen seien bereits eine Reihe wichtiger Entscheidungen getroffen worden, etwa was die Vermeidung von Überschneidungen der Strategien auf globaler und regionaler Ebene betreffe. Zur Frage der Harmonisierung von Praktiken der Regionalkomitees sei jetzt für vollkommene Transparenz bei der Nominierung für das Amt des Regionaldirektors gesorgt, die Beglaubigungsprüfung für die am Regionalkomitee teilnehmenden Mitgliedstaaten sei dem SCRC übertragen worden, die Teilnahme von Beobachtern an Tagungen des Regionalkomitees werde in einem Dokument zur Vorlage beim Exekutivrat im Januar 2013 aufgegriffen und der Exekutivpräsident werde auf der nächsten Tagung des Exekutivrats über die Verhandlungen des Regionalkomitees berichten. Mehrere Delegierte äußerten die Ansicht, dass die Dauer künftiger Regionalkomitees bei vier Tagen gehalten werden solle, dass die Weltgesundheitsversammlung jedoch oft Themen zur Tagesordnung des Regionalkomitees hinzufüge und dann das Programm aus den Nähten platze. Eine Ausweitung solle daher als Option offengehalten werden.

Leitungsreformen würden über den Erfolg der Gesamtreform entscheiden, so könne etwa eine resultatbasierte Planung die Notwendigkeit mittelfristiger Pläne aufheben. Die kollegiale Begutachtung von Programmen sei eine zusätzliche Belastung für den SCRC, dabei habe sich die Begutachtung durch externe Kollegen im Hauptbüro oder durch andere Kollegen als extrem nützlich erwiesen. Der letzte Aspekt der Leitungsreform betreffe die Vorhersehbarkeit, Flexibilität und Nachhaltigkeit der Finanzierung

der Organisation, die aber das Thema für die zwei parallelen Arbeitsgruppensitzungen (break out sessions) sei. Acht Punkte seien in Dokument EUR/RC62/18 als Diskussionsgrundlage genannt worden, doch könnten andere hinzukommen.

Die Vertreterin des SCRC erinnerte daran, dass in der Europäischen Region die größten Geber für den Haushalt der WHO zu finden seien, und nannte die Reformagenda ein komplexes Thema. Obwohl gute Fortschritte in der Abarbeitung der strategischen Agenda erzielt worden seien, gestalte sich die Leitungsreform etwas schwieriger, da hierzu die Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten auf den drei Ebenen der WHO gehörten, durch die ein flexibles Personalangebot gesichert und Flexibilität in der Finanzierung der WHO erreicht werden sollten. Der SCRC unterstütze die von den Mitgliedstaaten betriebene Reform, doch müsse das Sekretariat die Initiative ergreifen und Pläne zur Umsetzung entwickeln, seine eigenen Aufgaben definieren und die interne Verwaltung selbst bestimmen. Sie freue sich auf konkrete Beiträge der parallelen Arbeitsgruppensitzungen zu den Erörterungen während der Sondertagung des PBAC.

Der Exekutivpräsident berichtete, dass der Beglaubigungsausschuss bestehend aus den vom SCRC benannten Vertretern Andorras, der Russischen Föderation und der Türkei die für die Delegierten zur Tagung durch die Mitgliedstaaten vorgelegten Beglaubigungsschreiben geprüft und für ordnungsgemäß befunden habe.

Rückmeldungen aus den parallelen Arbeitsgruppensitzungen

Zwei parallele Arbeitsgruppensitzungen fanden statt. Der Berichterstatter der ersten Arbeitsgruppe sagte, dass diese mit Blick auf die Flexibilität der Finanzmittel zu dem Schluss gekommen sei, dass eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge angesichts der aktuellen Finanzkrise keine unmittelbare Lösung darstelle, auch wenn dies als mögliche Option für die Zukunft im Auge behalten werden solle. Eine flexible, ausgewogene Verwaltung der ordentlichen Beiträge (AC) durch das Sekretariat nach erfolgter Verteilung zweckgebundener Mittel werde als wünschenswert angesehen, sofern der Haushalt auf transparente Weise mit ordnungsgemäßen Prüf- und Berichtsverfahren diskutiert und verabschiedet worden sei. Ein höherer Anteil des Kontos für freiwillige Beiträge (CVCA) am Haushalt, erfordere langfristig mehr Vertrauen. Die Grundlage hierfür solle ein ressourcenbasiertes Management in Kombination mit Rechenschaftslegung und Transparenz sein. In manchen Ländern ließen die finanziellen Vorschriften die Übertragung gänzlich flexibler Finanzmittel nicht zu; deshalb kämen für mehrere Jahre zweckgebundene Mittel als eine mögliche Lösung zur Erfüllung der Erfordernisse der Organisation in Frage.

Mit Blick auf die Vorhersehbarkeit von Finanzmitteln vertrete die Gruppe die Auffassung, dass durch eine Gegenüberstellung von erwarteten Geldern und Programmen, sofern machbar, die Transparenz erhöht und die Verteilung der organisationseigenen Ressourcen gesteuert würde. Auch eine Anfrage bei Gebern, in welcher Höhe sie Beiträge leisten wollten und wohin sie fließen sollten, sei sinnvoll, allerdings erst machbar, wenn die Prioritätensetzung abgeschlossen sei. Ferner wurde auch die Problematik angesprochen, dass manchmal zu viele Geber für einen bestimmten Bereich Mittel zur Verfügung stellten, was zu Lasten anderer Bereiche gehe. Es werde vorgeschlagen, bei unzureichenden Mitteln für einen bestimmten Bereich einen Spendenaufruf zu starten. Auch sollten vielleicht neue Arten von Gebern angesprochen werden, sofern dies auf transparente, ethisch vertretbare Weise geschehe. Die Einführung innovativer Finanzierungsquellen solle jedoch für den Exekutivrat und die WHO annehmbar sein. In Bezug auf die Frage, ob eine Verschiebung des Haushaltsjahres zu einer Verbesserung

der Vorhersehbarkeit der Finanzmittel der WHO führe, wurde angeregt, den Beginn des Haushaltsjahres auf den 1. Juli zu verlegen. Zum Thema Politikgestaltung und Steuerung seien keine Aussagen gemacht worden.

Die Berichterstatterin der zweiten Arbeitsgruppe erklärte, die Gruppe halte in Bezug auf mehr Flexibilität der Finanzmittel eine Erhöhung der AC in absehbarer Zeit für unwahrscheinlich. Die Unterstützung der Mitgliedstaaten für mehr Flexibilität in der Verwendung freiwilliger Beiträge (VC) werde von den Fortschritten bei der WHO-Reform abhängen, da die Länder zuerst mehr Vertrauen in die Verwendung der Mittel durch die WHO gewinnen müssten; dies könne durch mehr Transparenz und gute Leistungsbewertungen erreicht werden. Die Mitgliedstaaten wollten wissen, welche Bereiche von zweckgebundenen VC profitierten; dann könne die WHO Finanzierungslücken feststellen und AC einsetzen und sich um zusätzliche VC zu ihrer Auffüllung bemühen. Die Mitgliedstaaten waren sich darin einig, dass bestimmte Bereiche der Arbeit der WHO, etwa die im Bereich der Pharmazeutika, nur mit AC finanziert werden sollten, um jeden Anschein von Interessenkonflikt zu vermeiden. Darüber hinaus könne die Generaldirektorin nach den gegenwärtigen Regeln Mittel aus AC leichter zwischen den fünf plus eine Kategorien hin und her bewegen als zwischen den 13 Strategischen Zielen, auch wenn die zulässigen 10% Flexibilität bei Zusammenlegung aller Arten von Finanzmitteln eigentlich nur eine Gesamtflexibilität von 2,5% ergäben. Eine höhere Flexibilität könne nicht nur aus der Aufstockung des Kontos für CVCA entstehen, sondern auch dadurch, dass die Mitgliedstaaten den Anteil von 13% der VC beachteten, der für Programmunterstützungskosten vorgesehen sei. Letztes sei wahrscheinlicher, wenn die Mitgliedstaaten verstünden, wie sich die Gemeinkosten tatsächlich zusammensetzten. Die Notwendigkeit einer Bewilligungs-Resolution werde von der Art der durchgeführten Reformen abhängen – und insbesondere von der Art der Reformierung der Finanzen.

Als wichtigstes Mittel für das Erreichen einer besser vorhersehbaren Finanzierung sei angeregt worden, die Zeitspanne zwischen der Annahme des Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung und dem Beginn des Finanzjahrs zu verkürzen und damit den Beginn der Umsetzung vorzuziehen. Den Beginn des Finanzjahres zu verlegen, sei als die praktikablere Lösung erschienen. Das würde auch in Bezug auf die Flexibilität helfen, da die WHO und die Mitgliedstaaten vor Annahme der Bewilligungs-Resolution einen besseren Überblick über die freiwilligen Beiträge besäßen. Der Vorschlag biete noch weitere Vorteile: eine signifikante Verkürzung der aktuell langen Vorlaufzeiten und ein stärkeres Bewusstsein für das Haushaltsrecht der Weltgesundheitsversammlung, das sich aus der Gewissheit der Delegierten ergebe, tatsächlich Prioritäten festzulegen. Andere internationale Organisationen hätten diesen Wandel vollzogen, daher müsse er auch für die WHO möglich sein. Wenn die WHO allerdings den aktuellen Ereigniszyklus beibehalten wolle, müsse sie den Mitgliedstaaten neben dem Programmhaushalt weitere Informationen bieten (welche Prioritäten infolge von Finanzierungslücken herabgestuft werden müssten); die Mitgliedstaaten zögen allerdings eine Verschiebung des Beginns des Fiskaljahrs vor. Zum Thema Führungsfragen wurde angemerkt, dass nicht die Geber freiwilliger Beiträge, sondern die Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung die Prioritäten der WHO festlegen müssten.

In der kurzen sich anschließenden Diskussion wurde vereinbart, den Bericht über diese Erörterungen der Generaldirektorin baldmöglichst zukommen zu lassen und so Einfluss auf ihre Vorbereitung auf die Tagungen des PBAC und des Exekutivrates zu nehmen. Außerdem beglückwünschte ein Delegierter das Sekretariat, weil es eine echte Diskussion über die Verteilungslogik für die Mittel der Organisation initiiert habe. Die Schlussfolgerung (dass das Sekretariat seine derzeitige Praxis umkehre und zunächst die zweckgebundenen VC betrachte und dann darüber entscheide, wie die AC- und

CVCA-Mittel eingesetzt werden sollen) würde eine größere Flexibilität der Finanzierung erlauben und es der Generaldirektorin ermöglichen, die Finanzierung des gesamten Programmhaushalts zu sichern.

Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC62/7, EUR/RC62/7 Add.1,
EUR/RC62/7 Add.2)

Das Regionalkomitee nominierte in geschlossener Sitzung zwei Kandidaten für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und wählte vier Mitglieder in den SCRC.

Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss, dass sich Albanien und Andorra auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2013 um die Mitgliedschaft im Exekutivrat bewerben und zur Wahl stellen sollten.

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte Finnland, Israel, Österreich und die Republik Moldau für eine dreijährige, vom September 2012 bis zum September 2015 reichende Amtszeit in den SCRC.

Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit

Das Regionalkomitee beschloss, die Mandate von Frankreich, Malta, Serbien und Slowenien zu verlängern.

Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)

(EUR/RC62/10 Rev.1, EUR/RC62/10 Add.1,
EUR/RC62/Conf.Doc./4)



Es wurde eine Videopräsentation mit dem Thema „Altern in Europa“ dargeboten.

Der Koordinator für gesundes Altern, Behinderung und Langzeitpflege wies darauf hin, dass 2012 das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen sei. Die Strategie und der Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) seien als Zukunftsvision für ein seniorenfreundliches Europa entwickelt worden, in dem alle Menschen ihren Gesundheitszustand ohne funktionelle Einschränkungen aufrechterhalten und ihr Leben in Würde fortsetzen könnten. Die Strategie sei eng mit dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ verbunden und enthalte vier strategische prioritäre Handlungsfelder: gesundes Altern im gesamten Lebensverlauf; stützende

Umfelder; Gesundheits- und Pflegesysteme, bei denen der Mensch im Mittelpunkt steht und die auf eine alternde Bevölkerung eingestellt sind; Ausbau der Evidenzgrundlage und Erhöhung der Forschungsanstrengungen. Bei der Auswahl dieser prioritären Handlungsfelder sei sorgfältig darauf geachtet worden, dass sie für alle Staaten in der Europäischen Region der WHO relevant seien, unabhängig von etwaigen Unterschieden betreffend das Einkommensniveau der Länder oder ihre verfügbaren Ressourcen. Über 40 Mitgliedstaaten hätten bereits nationale Konzepte zum gesunden Altern verabschiedet. Das Regionalbüro werde mit ihnen zusammenarbeiten, um konzeptionelle Lücken zu schließen und bei der Durchführung Unterstützung anzubieten, und es werde den Erfahrungsaustausch und die Empfehlung bewährter Praktiken zwischen den Staaten fördern. Es seien Anstrengungen unternommen worden um sicherzustellen, dass Strategie und Aktionsplan die Maßnahmen anderer Partner in Europa ergänzten, z. B. Maßnahmen der Europäischen Kommission, der OECD und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE).

Ein SCRC-Mitglied wies darauf hin, dass der Ständige Ausschuss an der Erarbeitung der Strategie und des Aktionsplans aktiv beteiligt gewesen sei. Die Einbeziehung von Vertretern der Europäischen Kommission sei bei der Ausarbeitung von zusätzlichem Nutzen gewesen. Insbesondere begrüße der Ständige Ausschuss die Aufmerksamkeit, welche die Strategie und der Aktionsplan einer engeren Verknüpfung von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege schenkten, und die Hervorhebung der Sekundär- und Tertiärprävention. Das Dokument befasse sich ausgewogen mit gesundem Altern im gesamten Lebensverlauf und frühzeitiger Krankheitsprävention sowie der Versorgung von Menschen, die dauerhaft gebrechlich und hilfsbedürftig seien. Der SCRC unterstütze das Dokument und den ihn begleitenden Resolutionsentwurf.

In der anschließenden Diskussion begrüßten mehrere Mitgliedstaaten die Strategie und den Aktionsplan und zeigten sich einig darin, dass gesundes Altern ein besonders wichtiger Aspekt im Rahmen der Verbesserung der Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung sei. Zwar sei die steigende Lebenserwartung in Europa ein Erfolg, doch müssten die Anstrengungen zur Förderung von gesundem und aktivem Altern entsprechend verstärkt werden. Die Vertreter mehrerer Länder wiesen auf die Notwendigkeit hin, die Misshandlung älterer Menschen zu verhindern, palliative Versorgung bereitzustellen und qualitativ hochwertige Ernährung sowie angemessene Lebensbedingungen zu fördern. Viele Teilnehmer brachten ihre volle Unterstützung für die Strategie und den Aktionsplan zum Ausdruck. Ein Mitgliedstaat wird redaktionelle Änderungen für die deutsche Fassung schriftlich einreichen und ein Vertreter wies im Namen der EU-Mitgliedstaaten darauf hin, dass Änderungsvorschläge zum Resolutionsentwurf ebenfalls dem Sekretariat übermittelt würden.

Der Koordinator für gesundes Altern, Behinderung und Langzeitpflege dankte dem Regionalkomitee für seine Unterstützung und hob hervor, dass Themen wie Ernährung bei der Durchführung der Strategie und des Aktionsplans berücksichtigt werden könnten.

Erklärungen wurden abgegeben im Namen von Alzheimer's Disease International, European Chronic Disease Alliance, European Patients' Forum, der Weltvereinigung für physikalische Therapeutik und dem Weltverband der ErgotherapeutInnen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R6.



Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

(EUR/RC62/12 Rev.1, EUR/RC62/12 Add.1,
EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2,
EUR/RC62/Inf.Doc./5)

Der Exekutivpräsident sagte, der Europäische Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (EUR/RC62/12 Rev.1) sei für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und dessen Umsetzung von zentraler Bedeutung. Ein vom Regionalbüro produzierter Film über Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit für das 21. Jahrhundert wurde vorgeführt.

Der Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen erläuterte das breit angelegte Konsultationsverfahren unter Beteiligung der Zivilgesellschaft und der Pflegeverbände, das zur Erarbeitung des Plans geführt habe. Das wieder erstarkte Interesse am Thema öffentliche Gesundheit passe zu der Reform der WHO und diene auch der Umsetzung der Charta von Tallinn. Die Stärkung der Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit sei auch eine der vier tragenden Säulen von „Gesundheit 2020“ und daher sei Wert auf Stimmigkeit zwischen dem Aktionsplan sowie dem Rahmenkonzept und der Strategie gelegt worden. Funktionen, Strukturen und Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit würden für den Gesundheitsschutz, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung in einem integrierten Vorgehen gestärkt, das auch die primäre Gesundheitsversorgung erfasse.

Der Aktionsplan beruhe auf einer soliden Grundlage aus Erkenntnissen, die u. a. aus Bewertungen der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in 41 der 53 Mitgliedstaaten der Region, einer Studie über Trägermodelle und Finanzierungsstrukturen und einer Studie über rechtliche und politische Werkzeuge und Instrumente stammten. Zu ihm gehörten auch die zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (EPHO), die im Sinne einer integrierten Erbringung der Angebote in Gruppen zusammengefasst worden seien. Der Plan werde zwischen 2012 und 2020 in fortlaufender Konsultation mit den Mitgliedstaaten sowie mit Experten und Arbeitsgruppen umgesetzt, er sei in eine Leitungsstruktur eingebunden und er werde von einem eigenen Lenkungsausschuss begleitet. Über die Fortschritte werde dem Regionalkomitee regelmäßig berichtet. Jedes Land könne das Instrument für die Selbstbewertung nutzen, um Bereiche aufzudecken, in denen ein verstärkter Einsatz erforderlich sei oder in dem Finanzierungslücken aufträten. Das Regionalbüro sei entschlossen, die Arbeit der Länder in der Umsetzung des Plans zu unterstützen.

Ein Vertreter des SCRC begrüßte den Umstand, dass „Gesundheit 2020“ und der Aktionsplan die Thematik öffentliche Gesundheit wieder zu einem zentralen Anliegen der Arbeit der WHO in der Region gemacht hätten. Der SCRC habe den Aktionsplan mehrmals erörtert und in der Erkenntnis, dass er ein wichtiger Hebel für die Verwirklichung von „Gesundheit 2020“ sei, darauf gedrängt, dass beide Papiere besser aufeinander abgestimmt und die sozialen Determinanten von Gesundheit stärker betont würden. Der SCRC habe angeregt, die Konsultation für den Aktionsplan auszuweiten, damit ein größeres Publikum ihn sich zu eigen mache. Die zehn EPHO seien so überarbeitet worden, dass sie moderne Praktiken im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die ganzheitliche Sichtweise aus

„Gesundheit 2020“ stärker widerspiegeln. Der zeitliche Rahmen für die Umsetzung sei bis 2020 gestreckt und die in beiden Dokumenten angewandte Terminologie aneinander angeglichen worden. Der SCRC sei der Auffassung, dass diese Änderungen den Aktionsplan für die Mitgliedstaaten nützlicher habe werden lassen.

Mehrere Delegierte zeigten überschwängliche Unterstützung für den Aktionsplan und lobten die Regionaldirektorin, weil sie die öffentliche Gesundheit seit ihrem Amtsantritt wieder zu einer Priorität gemacht habe. Einige Delegierte führten aus, dass größere Umstrukturierungen ihrer nationalen Gesundheitsdienste eine Folge ihrer Selbstbewertung auf Grundlage früherer Entwürfe des Aktionsplans gewesen seien bzw. sein würden. Eine Delegierte sagte, dass sie sich bei der Einführung ihres neuen Teams im Ministerium nicht nur auf „Gesundheit 2020“, sondern auch auf den Aktionsplan beziehen werde. Weil der Aktionsplan auf den realen Erfahrungen der Länder beruhe, würden durch ihn nur die geeignetsten Konzepte angeregt. Das Regionalbüro solle regelmäßig die Rückmeldung aus den Berichten der Länder über die Umsetzung weitergeben und so auf gegebenenfalls notwendige Anpassungen hinweisen.

Eine Delegierte sagte im Namen der Mitgliedstaaten der EU, dass Änderungsvorschläge zum Resolutionsentwurf vorgelegt worden seien, durch welche die Freiwilligkeit der empfohlenen Maßnahmen verdeutlicht, der Wert von Partnerschaften (auch mit Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und Bevölkerung) betont und die Rolle der primären Gesundheitsversorgung unterstrichen werden solle; in einem weiteren Änderungsvorschlag wurde der Ausbau des Online-Instruments gefordert.

Andere Delegierte begrüßten den integrierten Ansatz für den Bereich der öffentlichen Gesundheit als hilfreich für eine Zusammenführung des oft breit gestreuten Einsatzes für die öffentliche Gesundheit. Einige Delegierte wiesen auf zum Teil international renommierte Hochschulen für öffentliche Gesundheit hin und andere verkündeten Pläne zur Gründung derartiger Einrichtungen. In einer Wortmeldung wurde geäußert, dass der zusätzliche Schwerpunkt öffentliche Gesundheit im Rahmen der Reform der WHO, dieser Thematik nach ihrer Vernachlässigung in der Vergangenheit wieder einen angemessenen Stellenwert verschaffe, und dass hierfür das volle Potenzial der Arbeit anderer staatlicher und gesellschaftlicher Bereiche noch nicht ausgeschöpft werde.

Ein im Namen der zehn Staaten des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks sprechender Delegierter sagte, dass öffentliche Gesundheit sich als Disziplin noch fortentwickle und über die örtlichen Bevölkerungen hinaus die gesamte globalisierte Welt erreiche und sich dabei mit neuen Themen wie aufkommenden Infektionskrankheiten, sozialen Determinanten von Gesundheit und Ungleichheiten befasse. Der Aktionsplan definiere klar, wie ein moderner und effizienter Dienst für die öffentliche Gesundheit aufgebaut werden müsse. Die Thematik öffentliche Gesundheit schlage eine Brücke zu Friedensprozessen und diene der nachhaltigen Entwicklung ebenso wie einer partizipatorischen Demokratie in einem gesamtstaatlichen Ansatz.

Die Regionaldirektorin begrüßte die Unterstützung der Mitgliedstaaten für den Aktionsplan, dankte ihnen für ihre Kooperation während des Konsultationsverfahrens und nannte öffentliche Gesundheit eine wichtige Priorität in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“. Sie sei erfreut, dass so viele Mitgliedstaaten bereits die Prinzipien des Aktionsplans befolgten.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen begrüßte ebenfalls die von den Mitgliedstaaten bekundete Unterstützung. Die Freiwilligkeit des Aktionsplans sei wich-

tig, da in jedem Land unterschiedliche Voraussetzungen bestünden. Dies sei durch die Änderungen am Resolutionsentwurf berücksichtigt worden. Außerdem sei in jedem Aspekt des Aktionsplans die Beteiligung der Zivilgesellschaft vorgesehen. Die freiwilligen Selbstbewertungen der Länder hätten unschätzbare Informationen für den Entwurf des Aktionsplans beigetragen, insbesondere für das Aufzeigen von Defiziten und die Festlegung von Prioritäten. Er erklärte, für eine freiwillige Schnellbewertung der Lage der öffentlichen Gesundheit in einem Land sei ein vereinfachtes Instrument entwickelt worden, das in Kürze in Betrieb genommen werde.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R5.



Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit stellte die Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014) vor (Dokument EUR/RC62/13), die unter aktiver Beteiligung der Mitgliedstaaten und des SCRC entworfen worden sei. Hierbei handele es sich um eine Übergangsstrategie, in der die erforderlichen Maßnahmen aufgeführt seien, welche das Regionalbüro unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus der Vergangenheit in und mit den Mitgliedstaaten sowie für diese durchführen müsse. Viele wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Veränderungen hätten seit Billigung der letzten Länderstrategie in der Region stattgefunden. Die neue Strategie sei flexibel angelegt, für alle Mitgliedstaaten in der Region relevant und in ihr werde eher ein aktives als ein reaktives Vorgehen gegen die anstehenden Probleme gefordert. Es werde mehr Ausgewogenheit zwischen der Arbeit in und zwischen den Ländern angeregt und die Bedeutung einer multilateralen bzw. subregionalen Erbringung von Fachbeistand betont.

Auch wenn sie nur ein Zwischenschritt für die kommenden zwei Jahre bedeute, so enthalte die neue Strategie schon eine Vision, die auch in der endgültigen Strategie Bestand haben werde. Sie schlage einen Fächer von Möglichkeiten auf, wie das Regionalbüro auch in Ländern ohne Länderbüro Präsenz zeigen könne, um den regelmäßigen Kontakt mit allen Mitgliedstaaten in der Region zu gewährleisten. In dem Text werde zudem die Schaffung von Länderkooperationsstrategien (CCS) mit jedem Mitgliedstaat in der Region angeregt. An einer ersten CCS werde derzeit mit der Schweiz gearbeitet. Die neue Länderstrategie bezeuge die Entschlossenheit des Regionalbüros in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Veränderungen zu erzielen.

Ein Mitglied des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss begrüße den partizipatorischen Geist, in dem die neue Länderstrategie entworfen worden sei. Die Strategie sei gut mit den Forderungen der Mitgliedstaaten abgestimmt worden. Die Schaffung von CCS sei insbesondere für Staaten ohne Länderbüro von Bedeutung. Im Geiste der Reform der WHO müsse das Regionalbüro für Europa sich mit den

anderen Regionalbüros zur Frage der Länderkooperation beraten. Der SCRC habe dem Regionalkomitee empfohlen, die neue Länderstrategie gemäß dem beiliegenden Resolutionsentwurf anzunehmen.

In der anschließenden Aussprache dankten die Vertreter mehrerer Mitgliedstaaten, darunter ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten sprach, den Länderbüros für ihre gute Arbeit. Die Mitgliedstaaten begrüßten das neuerliche Bemühen des Regionalbüros um den Ausbau seiner Beziehungen zu den Ländern, insbesondere durch CCS. CCS sollten flexibel gestaltet sein, damit sie den unterschiedlichen Bedürfnissen der Länder in der gesamten Region gerecht würden. Eine Delegierte fragte, in welchem Verhältnis die CCS zu den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) stünden und stellte die Frage, ob BCA für Länder relevant seien, die keine fachliche Unterstützung benötigten. Eine Delegierte eines Mitgliedstaates, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten sprach, räumte ein, die neue Länderstrategie habe viele gute Ansätze, die jedoch noch weiter ausgearbeitet werden müssten; zudem müsse die Strategie vor ihrer Annahme an der aktuellen Reformdebatte in der WHO ausgerichtet werden. Sie regte substantielle Veränderungen am Resolutionsentwurf an. In einer Wortmeldung wurden die Änderungsvorschläge unterstützt, in einer anderen erklärte eine Delegierte, ihre Delegation habe nicht genügend Zeit erhalten, die vorgeschlagenen Änderungen zu prüfen, neige aber dazu, den ursprünglichen Resolutionsentwurf zu unterstützen. Der Exekutivpräsident sagte, es sei misslich, dass derart substantielle Änderungen am Resolutionsentwurf erst so spät entgegengenommen worden seien.

Die Exekutivbeauftragte für Beziehungen zu den Ländern und Öffentlichkeitsarbeit begrüßte die zum Entwurf vorgeschlagenen Änderungen und sagte, dass er bei Annahme durch das Regionalkomitee als gute Grundlage für die Weiterentwicklung der Länderstrategie dienen könne. Die Mitglieder, die die vorgeschlagenen Änderungen nicht hätten prüfen können, sollten hierfür Zeit erhalten. Während die CCS eine Strategie für die Kooperation zwischen dem Regionalbüro und einzelnen Ländern darstellten, dienten die BCA eher als Aktionsplan. BCA könnten durch einen Notenwechsel geändert oder aufgehoben werden. Sie begrüße die geäußerte Unterstützung für die Arbeit der Länderbüros.

Die Regionaldirektorin versicherte dem Regionalkomitee, dass der Ansatz des Regionalbüros zur Entwicklung der Länderstrategie ganzheitlich gewesen sei und den Reformprozess der WHO berücksichtigt habe. Für das Regionalbüro liege eine Herausforderung darin, in gleicher Weise für alle 53 Mitgliedstaaten in der Region relevant zu sein. Dies lasse sich nur erreichen durch ein Geschäftsmodell des Regionalbüros mit einem starken Sitz in Kopenhagen und voll integrierten Außenstellen für zusätzliche fachliche Kapazitäten sowie Länderbüros zur Unterstützung. Die CCS böten einen systematischen Ansatz der Zusammenarbeit mit allen Mitgliedstaaten, hierunter denen ohne BCA oder Länderbüro. Die CCS sicherten erstens die Kooperation zwischen den Mitgliedstaaten und den drei Ebenen der WHO und nutzten zweitens Beiträge des Landes zur Gesundheitsentwicklung auf regionaler und globaler Ebene.

Nach Prüfung der Änderungsvorschläge zu dem Resolutionsentwurf erklärte die Delegation eines Mitgliedstaates ihre Unterstützung für Vorschläge für eine weitere Ausarbeitung der Länderstrategie und schlug vor, sie der 66. Tagung des Regionalkomitees zur Annahme vorzulegen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R7 mit den von einem Mitgliedstaat im Namen der EU-Staaten vorgeschlagenen Änderungen.



Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region

(EUR/RC62/11, EUR/RC62/Conf.Doc./5)

Die Regionaldirektorin stellte den aktuellen Status der Außenstellen des Regionalbüros dar, die wesentliche Fachkapazitäten in den Bereichen Umwelt und Gesundheit, soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsfinanzierung bereitstellten. Die Finanzierung der Außenstelle in Bonn zum Thema Umwelt und Gesundheit sei für die kommenden zehn Jahre gesichert. Das Abkommen für die Außenstelle in Venedig zum Thema Investitionen in Gesundheit und Entwicklung laufe 2013 aus, doch habe sich Italien bereits zum Büro in Venedig bekannt und eine erneuerte Vereinbarung solle bald unterschriftsreif sein. Das Abkommen für die Außenstelle in Barcelona zum Thema Stärkung der Gesundheitssysteme sei geändert worden und werde derzeit von der Rechtsabteilung der WHO geprüft und man hoffe, dass die spanische Regierung es in den kommenden Monaten unterzeichnen könne. Das Regionalbüro und die griechische Regierung führten regelmäßig Gespräche über die Auswirkungen der Finanzlage in Griechenland auf die Pläne zur Schaffung der neuen Außenstelle zum Thema Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Athen.

Eine Vertreterin Griechenlands sagte, angesichts der schwierigen und instabilen Finanzlage benötige ihre Regierung noch zwei weitere Monate um entscheiden zu können, ob ihr genug finanzieller Spielraum für die Schaffung der Außenstelle bleibe. Eine Vertreterin Spaniens unterstrich das Bemühen der spanischen Regierung um eine Lösung hinsichtlich einer Regelung der Situation des Büros in Barcelona und teilte dem Regionalkomitee mit, ihr Land arbeite auf die baldige Unterzeichnung des dazu erforderlichen Gastlandabkommens hin. In einer weiteren Wortmeldung wurde gefragt, ob die Außenstellen für das Regionalbüro zusätzliche Einnahmen oder zusätzliche Ausgaben bedeuteten. Die Regionaldirektorin sagte, Außenstellen bedeuteten unerlässliche finanzielle Einnahmen und fachliche Kapazitäten, die dem Regionalbüro sonst fehlen würden. Sie bat das Regionalkomitee auch um eine Entscheidung, welche Rolle es in der Beschlussfassung über Außenstellen spielen wolle.

Der Leitende strategische und politische Berater stellte die erneuerte Strategie für die Außenstellen des Regionalbüros vor (Dokument EUR/RC62/11). Sie beruhe auf den Ergebnissen einer extern angefertigten Studie aus dem Jahr 2010 und einer Online-Konsultation mit den Mitgliedstaaten, die Anfang 2012 auf Ersuchen des SCRC durchgeführt worden sei. Mit der Strategie wolle man sicherstellen, dass die Außenstellen eine integrative Rolle in der Arbeit des Regionalbüros übernehmen, indem sie Erkenntnisse, Forschungsergebnisse und Instrumente für die Umsetzung derjenigen Konzepte bereitstellen, die am Sitz des Regionalbüros in Kopenhagen entwickelt werden und die allen Mitgliedstaaten helfen können. Die Strategie definiere, was eine Außenstelle sei, und stelle Bedingungen und Voraussetzungen für ihre Schaffung auf. Ihre Umsetzung sichere nachhaltige und vorhersehbare Mittel für das Regionalbüro und stärke die Steuerung und Führung von Außenstellen. Neue Außenstellen kämen für drei strategische Bereiche in Frage: Humanitäre Hilfe und Notlagen, Stärkung der Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt primäre Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsinformationssysteme und Wissensmanagement.

Ein Mitglied des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss habe die Befunde und Empfehlungen der externen Studie begrüßt, die in die Vorschläge der Regionaldirektorin integriert worden seien. Die Strategie definiere klare Kriterien für die Beherbergung einer Außenstelle und für den Personalbedarf. Sie umfasse auch eine Analyse der Notwendigkeit neuer Außenstellen gemäß der Rückmeldung aus den Mitgliedstaaten. Der SCRC habe die Regionaldirektorin eindringlich gebeten, den Vorschriftencharakter der Strategie beizubehalten. Der Ausschuss begrüße es, dass zu jedem Vorschlag für die Eröffnung einer neuen Außenstelle ein ausgeklügeltes Geschäftsmodell gefordert werde. Die Regionaldirektorin sagte, sie habe ihr auf der vorangegangenen Tagung gegebenes Versprechen gehalten, nicht über die Eröffnung neuer Außenstellen zu verhandeln. Sie freue sich darauf, vom Regionalkomitees Hinweise zu erhalten, wie die unabdingbaren Kapazitäten des Regionalbüros gesichert werden können.

In der sich anschließenden Aussprache stimmten alle Redner darin überein, dass die Außenstellen hervorragende Arbeit leisteten und wertvolle, zusätzliche Kapazitäten bedeuteten, die für die Mitgliedstaaten von Nutzen seien und sich positiv auswirkten. Viele lobten die Strategie als einen Schritt voran und begrüßten insbesondere die Kriterien und Konditionen für die Schaffung einer Außenstelle. Insgesamt acht Redner äußerten jedoch den Wunsch, den Text abzuändern, bevor sie die Strategie annehmen könnten. Die externe Studie habe Lücken in der Leitung und Führung der Außenstellen und auch Probleme mit ihrer Finanzierung aufgezeigt. Es müsse dafür gearbeitet werden, die Außenstellen und ihren Einsatz voll in die Arbeit des Regionalbüros zu integrieren. In einer Wortmeldung wurde die Hoffnung geäußert, dass für den Fall, dass sich die Außenstelle mit Zuständigkeit für nichtübertragbare Krankheiten in Athen nicht finanzieren lasse, eine alternative Lösung mit seinem Land gefunden werden könne. In einer anderen Wortmeldung wurde gefordert, das Regionalkomitee solle ausführlich darüber diskutieren, ob Außenstellen wirklich die beste Lösung für die Kapazitätsprobleme des Regionalbüros seien. Zunächst solle man versuchen, Mittel für die Arbeit in Kopenhagen zu finden, und das Regionalkomitee solle jede Entscheidung über die Öffnung oder Schließung einer Außenstelle erst nach einer gründlichen Analyse des Bedarfs, der verfügbaren Mittel und der potenziellen Folgen für die gesamte Region treffen. Die vorgelegte vorläufige Analyse neuer strategischer Bereiche enthalte nicht genügend Informationen, um eine Entscheidung des Regionalkomitees zu ermöglichen.

Mehrere Redner stimmten darin überein, dass zur Sicherung von Transparenz und Rechenschaft das Regionalkomitee für Entscheidungen über die mögliche Ausweitung oder Schaffung einer Außenstelle zuständig sein solle. Ein solches Vorgehen würde auch dafür sorgen, dass das Regionalbüro im Geiste der Reform der WHO geführt werde. Einige Redner warnten, dass eine zu große Zahl von Außenstellen die Führungsrolle des Sitzes Kopenhagen untergraben könne, und äußerten Bedenken, die Entscheidung dem SCRC zu überlassen. Mehrere Delegierte regten an, dass das Regionalkomitee die Strategie getrennt von den angeregten neuen Bereichen behandeln solle, und forderten, dass die Regionaldirektorin dem Regionalkomitee jährlich über den Status der Außenstellen berichten solle.

Vier Delegierte bekundeten allerdings starke Unterstützung für die vorgelegte Strategie, hierunter die angeregten neuen strategischen Bereiche, und lobten das Ausmaß an Hilfe, das ihre Länder von den Außenstellen erhalten hatten. Die Russische Föderation bot an, Gastgeberin für die Außenstelle zum Thema nichtübertragbare Krankheiten zu werden, falls die Finanzierung in Griechenland nicht gesichert werden könne, und Kasachstan bot, wie schon bei zwei früheren Gelegenheiten, erneut an, eine neue Außenstelle zum Thema primäre Gesundheitsversorgung zu beherbergen. In einer weiteren Wortmeldung wurde gesagt, dass die Regionaldirektorin vollkommen befugt sei, Entscheidungen über bestehende oder künftige Außenstellen zu treffen.

In ihrer Antwort sagte die Regionaldirektorin, dass die Frage der Billigung der Strategie von der Frage über künftige Entscheidungsmechanismen zu neuen Außenstellen getrennt werden müsse. Die bestehenden Außenstellen seien vollkommen in das Regionalbüro integriert. Sie hoffe, das Regionalkomitee könne das großzügige Angebot der Russischen Föderation akzeptieren, bei Bedarf die Außenstelle zum Thema nichtübertragbare Krankheiten aufzunehmen. In Bezug auf die geteilten Ansichten zum Entscheidungsmechanismus für neue Außenstellen, sagte sie, dass das Regionalkomitee zwar eine solche Entscheidung auf Grundlage eines detaillierten Geschäftsplans treffen könne, dass ein solches Vorgehen jedoch unter dem Aspekt seiner Rolle für die Entscheidungsfindung im Sinne der WHO-Satzung und der WHO-Reform betrachtet werden solle, wonach das Regionalkomitee für die Aufstellung der Grundsätze zuständig und das Regionalbüro für die Ergebnisse verantwortlich sein sollten. Abschließend sagte sie, dass sie wenig Hoffnung auf zusätzliche Mittel für den Sitz in Kopenhagen habe und keine praktikable Alternative zur Nutzung von Außenstellen für eine Ausweitung der Kapazitäten sehe.

Nach einer informellen Konsultation nahm das Regionalkomitee die Entscheidung EUR/RC62(2) an.



Der Leitende strategische und politische Berater erinnerte daran, dass das Europäische Forum nach der 60. Tagung des Regionalkomitees geschaffen wurde, um mit den Mitgliedstaaten strategisch über „Gesundheit 2020“ beraten zu können. Während der dritten Tagung des Forums sei die Notwendigkeit einer Evaluierung seiner Arbeit angesprochen worden. Der SCRC sei über diese Diskussion in Kenntnis gesetzt worden und habe darauf dem Regionalbüro geraten, eine schriftliche Konsultation hierzu mit den Mitgliedstaaten durchzuführen. Die Rücklaufquote dieser Befragung habe 81% betragen. Es habe vollständige Einigkeit darin bestanden, dass das Forum für die Erarbeitung von „Gesundheit 2020“ sinnvoll gewesen sei; 63% der Teilnehmer hätten geantwortet, dass das Forum weiterhin ein- bis zweimal jährlich zusammentreten sollte; 23% wollten es bei Bedarf und auf Wunsch des Regionalkomitees und des SCRC einberufen und 14% waren der Ansicht, dass das Forum seinen Zweck erfüllt habe und nicht wieder zusammentreten solle.

Eine Vertreterin des SCRC sagte, der Ständige Ausschuss sei der Ansicht, die Ziele des Forums seien erreicht und Möglichkeiten für eine breit angelegte Konsultation, ausgiebige Diskussionen, Vernetzung und Erfahrungsaustausch geschaffen worden, was zweifellos dem Entwurfsverfahren von „Gesundheit 2020“ genützt habe. Der SCRC sei der Ansicht, dass das Forum wieder zusammentreten solle, sowie und wenn Bedarf für eine ausgiebige Konsultation bestehe.

Eine Vertreterin sagte im Namen der Mitgliedstaaten der EU, das Forum sei zur Vorbereitung von „Gesundheit 2020“ eingerichtet worden und habe damit seinen Zweck erfüllt. Es gebe in Zukunft keinen Bedarf für eine ähnliche Struktur, vielmehr sollten die bestehenden Strukturen besser genutzt werden,

insbesondere auch angesichts der schwierigen Haushaltslage, in denen sich die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro befänden. Die Tagungen der Leitungsgremien und schriftliche Konsultationen sollten eine angemessene und kosteneffiziente Beteiligung der Mitgliedstaaten an der künftigen Arbeit des Regionalbüros ermöglichen. Damit die Mitgliedstaaten ausreichend informiert würden, sollte das Regionalbüro ihnen jährliche oder zumindest zweijährlich Arbeitspläne zukommen lassen. Im Kontext der Reform der WHO seien Initiativen zur weiteren Stärkung der leitenden Organe und zur Erhöhung von Transparenz und Partizipation des SCRC zu begrüßen.

Andere Delegierte äußerten, dass das Forum zwar seine Mission erfüllt habe, dass es aber jenseits der Leitungsgremien agieren könne. Daher befürworteten sie die Erhaltung der Struktur des Forums, das dies aber nur sowie und wenn dies erforderlich werde auf Beschluss des Regionalkomitees und des SCRC einberufen werden solle.

Die Regionaldirektorin stellte fest, es bestehe allgemein Einigkeit darüber, dass das Forum für Gesundheitspolitik im Zuge der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ eine nützliche Rolle gespielt habe. Sie dämpfte Befürchtungen, dass das Forum die Rolle der leitenden Organe untergraben könne, indem sie erklärte, dass die Beratungen des Forums den leitenden Organen zugeführt würden. In Zukunft könne das Regionalbüro die Mitgliedstaaten dazu auffordern, über die evidenzbasierten Studien in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ oder über etwaige neue Studien zu den sozialen Determinanten von Gesundheit zu diskutieren und dabei jeweils zu prüfen, ob dies sinnvollerweise im Rahmen des Forums erfolgen könne.

Das Regionalkomitee kam in Bezug auf diesen Tagesordnungspunkt zu keinem Fazit. Das Regionalbüro behielt es sich daher vor, den SCRC und das Regionalkomitee in Zukunft erneut dazu aufzufordern, das Forum einzuberufen, möglicherweise mit einem veränderten Teilnehmerkreis. In diesem Fall würden der SCRC und das Regionalkomitee auch gebeten, bei ihren Beratungen die Auswirkungen einer erneuten Einberufung des Forums auf den Haushalt der Organisation zu berücksichtigen.

Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013–2016

EUR/RC62/Conf.Doc./3

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC62/R8, und bekräftigte darin, dass die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal und die 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen stattfinden sollen. Es beschloss ferner, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 abgehalten wird (Tagungsort noch zu beschließen) und dass die 65. Tagung in Kopenhagen abgehalten wird (Zeitpunkt noch offen).

Abschluss der Tagung



Eine Vertreterin der Russischen Föderation bezog sich auf ein maltesisches Sprichwort, wonach das Wort eines Maltesers mehr wiege, als das Wort eines Königs, und sagte, dass die Delegierten des 62. Regionalkomitees diesem Sprichwort insofern Folge geleistet hätten, als sie ihr Wort gegeben und zu verschiedenen Themen Versprechungen gemacht hätten. Jeder Mitgliedstaat müsse jetzt dafür sorgen, dass den Worten und Versprechungen Taten auf nationaler Ebene folgten. Sie gratulierte allen zu der erfolgreichen Tagung.

Resolutionen und Beschlüsse

EUR/RC62/R1. Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2010–2011 (Dokument EUR/RC62/5) und des Anhangs über die Umsetzung des Programmhaushalts 2010–2011 –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht;
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2010–2011 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, die während der Aussprache auf der 62. Tagung gemachten Vorschläge für die Entwicklung der Programme der Organisation und die Arbeit des Regionalbüros zu berücksichtigen und zu bedenken.

EUR/RC62/R2. Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC62/4 und EUR/RC62/4 Add. 1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der Beratungen und Resolutionen der 62. Tagung des Regionalkomitees fortzusetzen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 62. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

EUR/RC62/R3. Zwölftes Allgemeines Arbeitsprogramm und Programmhaushaltsentwurf 2014–2015

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsentwurfs für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 (Dokument EUR/RC62/16), der Perspektive der Europäischen Region (Dokument EUR/RC62/16 Add.1) und des Entwurfs des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms (Dokument EUR/RC62/17) sowie in Kenntnis der diesbezüglichen Stellungnahme des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees,

in der Erkenntnis, dass die Erstellung und Durchführung des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms und der damit verbundenen Haushalte ein entscheidendes Mittel zur Beförderung des Reformprozesses in der WHO darstellen, wie in Dokument EUR/RC62/14 erwähnt,

in Anbetracht der Tatsache, dass die Aufteilung von Haushaltsmitteln zwischen dem WHO-Hauptbüro und den verschiedenen Regionalbüros ein zentrales Element des Reformprozesses darstellt und dass die Stellungnahme der Regionalkomitees der WHO sowohl zum Haushaltsvolumen insgesamt als auch zur Aufteilung nach Kategorie und Büro erleichtert werden sollte,

in der Erwägung, dass die Stärkung der Rolle der Organisation auf der Ebene der Länder und die Kohärenz zwischen den drei Ebenen der Organisation wesentliche Themen innerhalb des Reformprozesses sind,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC60/R9, in der das Regionalkomitee eine weitere Stärkung der Mechanismen und Prinzipien für die Zuweisung zentral verwalteter Mittel an die größeren Büros der Organisation anregte –

1. BEGRÜSST die Anstrengungen des Sekretariats des WHO-Hauptbüros und des Regionalbüros für Europa bei der Ausrichtung des Entwurfs des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms und des Programmhaushaltsentwurfs 2014–2015 an den Beschlüssen der 65. Weltgesundheitsversammlung (Beschluss WHA65(9));
2. STELLT FEST, dass der in Dokument EUR/RC62/16 enthaltene Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 weiter entwickelt werden muss, um die Transparenz bei der Arbeitsteilung zwischen den drei Ebenen der Organisation zu erhöhen und Klarheit hinsichtlich der auf diesen drei Ebenen relevanten Produkte zu schaffen;
3. ERKENNT die guten Absichten des Sekretariats bei der Erstellung der Entwürfe des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms und des Programmhaushalts 2014–2015 ohne konkretes Haushaltsvolumen AN, STELLT jedoch FEST, dass es ohne detailliertere Informationen für die Tagung des Regionalkomitees schwierig ist, eine tief greifende Diskussion über den Programmhaushaltsentwurf zu führen;
4. NIMMT KENNTNIS von der aus Dokument EUR/RC62/16 Add.1 ersichtlichen strategischen Ausrichtung, von den Bemühungen der Regionaldirektorin um Klärung der zentralen vorrangigen Resultate des Regionalbüros auf transparente Weise und von der Idee, die Verantwortung für diese Resultate auf der 63. Tagung des Regionalkomitees, nach der Annahme des globalen Programmhaushalts, zu klären;
5. FORDERT alle Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF, auch weiterhin einen umfassenden und aktiven Beitrag zu den laufenden Beratungen über Prioritäten zu leisten und bei der Prüfung

ihrer Beiträge an die WHO die Notwendigkeit einer vorhersehbaren und flexiblen Finanzierung und festgelegter Prioritäten im Auge zu behalten;

6. ERSUCHT die Regionaldirektorin, der Generaldirektorin mitzuteilen, dass das Regionalkomitee:
 - a) das Sekretariat um je einen detaillierteren Entwurf des Programmhaushaltsentwurfs 2014–2015 und des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms ersucht, aus dem die strategische Ausrichtung der Arbeit der Organisation deutlicher hervorgeht, sodass er von den leitenden Organen diskutiert werden kann. Die beiden Entwürfe sollten auf eine begrenzte Anzahl von Prioritäten abzielen und Bereiche vorsehen, die nicht zentrale Prioritäten für die WHO in dem fraglichen Zeitraum sind; dies sollte jeweils mit einer Begründung versehen werden, die sich an den von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Kriterien orientiert,
 - b) das Sekretariat ersucht, weitere detaillierte Informationen über die Kostenberechnung für die Produkte und die Aufteilung von Haushaltsmitteln unter den sechs (fünf plus eins) Kategorien von Programmen bereitzustellen, um sachliche Beratungen auf der Tagung des Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses des Exekutivrates im Januar 2013 und vor der Vorlage des Programmhaushaltsentwurfs 2014–2015 und des Entwurfs des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms auf der 132. Tagung des Exekutivrates zu ermöglichen,
 - c) das Sekretariat ersucht, zur Erleichterung der Annahme des Programmhaushaltsentwurfs 2014–2015 für vollständige Transparenz hinsichtlich der Höhe der bereits verfügbaren bzw. sichergestellten Mittel zu sorgen und detaillierte Informationen über die beabsichtigte Aufteilung der Mittel zwischen den Programmen und Produkten bereitzustellen. Darüber hinaus sollten aus dem Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 Bereiche für mögliche Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen gegenüber dem vorausgegangenen Programmhaushalt hervorgehen,
 - d) darum ersucht, dass in künftigen Jahren die Regionalkomitees die erforderlichen Daten, einschließlich Etats, rechtzeitig im Voraus erhalten, um deren gründliche Prüfung sowie eine entsprechende Stellungnahme zu ermöglichen,
 - e) das Sekretariat ersucht, deutlicher darzustellen, auf welcher Ebene (einschließlich der Ebene der Regionen) Aufgaben innerhalb der Organisation wahrgenommen werden, und dann dafür Sorge zu tragen, dass die Mittel so verteilt werden, wie es dieser vereinbarten Arbeitsteilung entspricht – wobei anerkannt wird, dass die normativen Aufgaben beim WHO-Hauptbüro verbleiben –, und dass dabei die Bedürfnisse und Besonderheiten der einzelnen Regionen gebührend berücksichtigt werden.

EUR/RC62/R4. „Gesundheit 2020“ – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC62/9 über das neue Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden sowie nach Kenntnisnahme des unterstützenden Dokuments EUR/RC62/8 über das neue Rahmenkonzept und die neue Strategie der Europäischen Region,

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

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC61/R1, in der es die Regionaldirektorin ersuchte, weiterhin die Mitgliedstaaten und gegebenenfalls Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration zu konsultieren und gemäß dem auf seiner 61. Tagung vorgelegten Orientierungsrahmen den abschließenden Entwurf von „Gesundheit 2020“ auszuarbeiten und ihn der 62. Tagung des Regionalkomitees zur Annahme vorzulegen,

in Anbetracht der derzeitigen Reformen in der WHO und ihrer Konsequenzen im Hinblick auf eine enge Abstimmung zwischen Handlungskonzepten auf der globalen Ebene und solchen auf der Ebene der Regionen,

aufbauend auf den Errungenschaften der Europäischen Region und ihren Erfahrungen mit den Werten und Grundsätzen von „Gesundheit für alle“¹, der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung², der Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand³ und „Gesundheit 21“⁴ sowie mit den auf den Ministerkonferenzen Umwelt und Gesundheit angenommenen Erklärungen,

in Anerkennung bestehender Verpflichtungen im Rahmen von Konzepten, Strategien und Plänen auf globaler Ebene und auf Ebene der Regionen (wie in Resolutionen und anderen gemeinsamen politischen Erklärungen festgelegt), die auf eine Bewältigung der gesundheitspolitischen Herausforderungen weltweit, auf Ebene der Regionen und in den Mitgliedstaaten abzielen,

in Anbetracht der Ergebnisse und Empfehlungen der verschiedenen Studien, die in die Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ eingeflossen sind, darunter die Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region, die Studie über Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert, die Studie über die ökonomischen Argumente für gezieltes Handeln im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Studie über sektorübergreifende Politikgestaltung und Steuerung für Gesundheit in allen Politikbereichen und die Analyse der Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und des WHO-Regionalbüros für Europa zwischen 1990 und 2010 sowie der Entwurf des *Europäischen Gesundheitsberichts 2012*,

in dem Bewusstsein der maßgeblichen Führungsrolle und Initiatorfunktion des Gesundheitswesens, aber auch der aus gesundheitlicher Sicht unentbehrlichen Zuständigkeiten und Beiträge verschiedener

¹ *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1981 (Health for All series, no. 3).

² *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa. Angenommen am 21. November 1986. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1986.

³ *Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme. Tallinn 25.–27. Juni 2008. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008.

⁴ *GESUNDHEIT21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

Politikbereiche und aller staatlichen Ebenen sowie subnationaler, nationaler, internationaler, zwischenstaatlicher, staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen und Gremien im Rahmen der Anstrengungen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie gesundheitlicher Chancengleichheit in der Europäischen Region –

1. BEGRÜSST die vom Regionalbüro geleistete Arbeit und nimmt Kenntnis von der umfassenden Evidenzgewinnung sowie dem breit angelegten, systematischen Partizipationsprozess;
2. NIMMT das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“ (Dokument EUR/RC62/9), AN, das als Orientierungsrahmen für die Gestaltung von Gesundheitskonzepten in der Europäischen Region insgesamt wie auch in den einzelnen Mitgliedstaaten dienen soll und mit einer Reihe von Zielen der Region, wie in diesem Dokument beschrieben, sowie geeigneten Indikatoren für die Europäische Region versehen ist, die für alle Mitgliedstaaten unabhängig von ihrer Ausgangslage Gültigkeit haben;
3. BEGRÜSST das Dokument mit dem Rahmenkonzept und der Strategie „Gesundheit 2020“ (EUR/RC62/8) als ein unterstützendes Dokument, das evidenzbasierte Orientierungshilfe in Bezug auf mögliche praxistaugliche Konzepte und Maßnahmen sowie die Zusammenhänge zwischen den wichtigsten strategischen Lösungsansätzen zu bieten bestrebt ist, aber auch entsprechende Aussagen in Bezug auf die notwendige Fähigkeit enthält, künftige Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Angriff zu nehmen und Chancen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region zu ergreifen, und das für die Mitgliedstaaten und das WHO-Sekretariat in ihren Anstrengungen zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ von Nutzen sein kann, und ERKENNT DESSEN WERT AN;
4. STIMMT DARIN ÜBEREIN, dass eine Halbzeitbilanz der Fortschritte hinsichtlich der Akzeptanz und Umsetzung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ im Jahr 2016 dem Regionalkomitee vorgelegt werden soll;
5. BITTET die Mitgliedstaaten⁵ EINDRINGLICH,
 - a) ihre Handlungskonzepte, Strategien und Aktionspläne zur Gesundheitsförderung und Entwicklung des Gesundheitswesens gegebenenfalls unter umfassender Berücksichtigung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ der Europäischen Region und der zugrunde liegenden Evidenz zu entwickeln bzw. zu aktualisieren,
 - b) das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ bei grenzüberschreitenden gesundheitspolitischen Maßnahmen innerhalb der Europäischen Region zu berücksichtigen, wo dies angemessen bzw. relevant ist,
 - c) die Unterstützung von Initiativen in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ durch den Aufbau von unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit in Betracht zu ziehen, hierunter Partnerschaften, unter Betonung einer ordentlichen Handhabung von Interessenkonflikten, insbesondere solchen mit Beteiligung von nationalen Verwaltungen und regionalen Gebietskörperschaften, nichtstaatlichen Organisationen, Ressorts außerhalb der Gesundheitspolitik und anderen Teilen der Zivilgesellschaft, bei Bedarf auch durch Übersetzung des Rahmenkonzeptes der Europäischen Region in die Amtssprache(n),

⁵ und gegebenenfalls Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

- d) gegebenenfalls jeweils zu den Gesundheitsinformationssystemen und zu Erhebungen verlässlicher und vergleichbarer Daten im eigenen Land beizutragen, um eine ausreichende Erfolgskontrolle zu ermöglichen, die vorhandene Meldesysteme nutzt;
6. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
- a) die Mitgliedstaaten gegebenenfalls bei der Entwicklung und Aktualisierung ihrer gesundheitspolitischen Konzepte gemäß „Gesundheit 2020“ zu unterstützen,
 - b) sicherzustellen, dass künftige Resolutionen zu Strategien für unterschiedliche Themen in der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa einen besonderen Hinweis auf das Verhältnis und die wechselseitige Beziehung zu „Gesundheit 2020“ enthalten,
 - c) für eine umfassende Verbreitung des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ zu sorgen und geeignetes Informationsmaterial zusammenstellen zu lassen, das die einschlägigen Zielgruppen anspricht,
 - d) bei anderen internationalen Organen und bei Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration, die in der Gesundheitspolitik und in anderen Politikbereichen tätig sind, für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ als einen möglichen Bezugsrahmen für die Ausarbeitung von Konzepten gemäß der Gesundheit in allen Politikbereichen und gesamtstaatlicher Ansätze zu werben,
 - e) die Evidenz und Wissensbasis über praxistaugliche Strategien und Methoden ständig zu aktualisieren, um die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ mit allen geeigneten Kommunikationsinstrumenten zu fördern und zu erleichtern,
 - f) in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration gegebenenfalls ein Beobachtungssystem für „Gesundheit 2020“ zu entwickeln, das vorhandene Indikatoren so weit wie möglich (und wie im Beschlussteil, Absatz 2, skizziert) nutzt, und das Ergebnis auf der 63. Tagung des Regionalkomitees zur Erörterung vorzulegen.

EUR/RC62/R5. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Dokument EUR/RC62/12 Rev.1),

in Anerkennung der Fortschritte in der Umsetzung der Beschlüsse aus Resolution EUR/RC61/R2 „Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region: ein Handlungsrahmen“ zur Anwendung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen für die Evaluierung der öffentlichen Gesundheitsdienste in Europa,

in Anbetracht der umfassenden Erkenntnisse, die in der Europäischen Region der WHO über den Zustand der öffentlichen Gesundheit und der Leistungsfähigkeit, der Kapazitäten und der Angebote in diesem Bereich sowie über gemeinsame Herausforderungen gesammelt und beschrieben und ihm mit den einschlägigen Informationsdokumenten auf seiner 62. Tagung vorgelegt wurden,

in Erkenntnis der weiterhin notwendigen Entschlossenheit der Regierungen zu verbesserten und überzeugenden gesundheitspolitischen Konzepten, Maßnahmen, Angeboten und Strukturen, zur Weiterentwicklung der Angebote für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die in der primären Gesundheitsversorgung erbracht werden,

in Anerkennung der Tatsache, dass die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen darauf zielen, den Regierungen die Orientierung in Bezug auf Konzepte, Maßnahmen, Strukturen und Angeboten zu erleichtern und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern,

in Anerkennung der Tatsache, dass der Europäische Aktionsplan die fortlaufende Arbeit ergänzt, die mit der Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Jahr 2008 zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Bezug auf Angebote für die öffentliche Gesundheit auf Ebene der Bevölkerung und der einzelnen Person gefordert wurde –

1. BILLIGT den Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit als einen notwendigen Baustein für die Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Region der WHO;
2. FORDERT die Umsetzung des Aktionsplans synergetisch zum Rahmenkonzept der Europäischen Region „Gesundheit 2020“;
3. NIMMT die zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und die ihnen entsprechenden zehn Handlungswege, die im Europäischen Aktionsplan wie folgt benannt sind, unter Betonung der Freiwilligkeit der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und entsprechender Handlungsoptionen für die Mitgliedstaaten ZUR KENNTNIS:
 - Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung
 - Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen
 - Gesundheitsschutzmaßnahmen (u. a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit)
 - Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Benachteiligung
 - Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung
 - Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und Wohlbefinden
 - Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit
 - Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung
 - Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisierung für die Gesundheit
 - Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis;

4. FORDERT die Mitgliedstaaten⁶ und internationalen Partner AUF, für die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit zusammenzuarbeiten und gegebenenfalls die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen, einschließlich Selbstbewertungen, hierfür zu nutzen;
5. FORDERT die Mitgliedstaaten AUF, eine hinreichende Kapazität zur Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit, hierunter Investitionen in einschlägige Ausbildung, Fachkenntnis und Forschung, aufrechtzuerhalten;
6. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
 - a) ein erneuertes politisches Bekenntnis zur öffentlichen Gesundheit zu fördern und dafür zu Sorge zu tragen, dass die WHO Hand in Hand mit Mitgliedstaaten auf deren Bitte arbeitet, um deren strategische Fortentwicklung ihrer Konzepte zu unterstützen, damit die gesundheitlichen Ergebnisse verbessert und die öffentlichen Gesundheitsdienste gestärkt werden können,
 - b) die Partnerschaften mit maßgeblichen internationalen Akteuren und Partnern so zu entwickeln, dass ein wahres Engagement für und Investitionen in eine neue Generation von Maßnahmen für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans entstehen,
 - c) gegebenenfalls die grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen im Dialog mit den Mitgliedstaaten zu aktualisieren und fortzuentwickeln, damit sie zunehmend den Besonderheiten und Herausforderungen der Gesundheitssysteme in der Region entsprechen,
 - d) das Online-Instrument zur Selbstbewertung weiterzuentwickeln, damit alle interessierten Mitgliedstaaten Selbstbewertung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit durchführen können,
 - e) den Mitgliedstaaten gegebenenfalls Rückmeldung zu ihrer Selbstbewertung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu geben und dem Regionalkomitee auf dessen 66. Tagung eine Zusammenfassung der Ergebnisse samt praktischer Empfehlungen vorzulegen,
 - f) dem Regionalkomitee auf seiner 66. Tagung über die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans und die Fortentwicklung der grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen zu berichten und gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur Prüfung vorzuschlagen, die im Zeitraum bis 2020 durchzuführen wären.

EUR/RC62/R6. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA52.7 und WHA58.16 zum Thema aktives und gesundes Altern, welche die Mitgliedstaaten dazu aufforderten, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden für den rasch zunehmenden Personenkreis älterer Menschen zu sichern,

⁶ und gegebenenfalls Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

ferner unter Hinweis auf Resolution 57/167 der Generalversammlung der Vereinten Nationen, welche den Internationalen Aktionsplan von Madrid über das Altern befürwortete, sowie weitere einschlägige Resolutionen der Vereinten Nationen zum Thema Altern,

in Anbetracht der sich in der Europäischen Region der WHO beschleunigenden Alterung der Gesellschaft und der in vielen Ländern rasch alternden arbeitenden Bevölkerung und der schnellen Zunahme der ältesten Altersgruppen,

in Erkenntnis der Notwendigkeit eines neuen positiven Paradigmas des Alterns und der sich aus Innovation ergebenden neuen Chancen,

nach Prüfung der Resolution WHA65.3 zum Thema „Stärkung der Konzepte gegen nichtübertragbare Krankheiten zur Förderung eines aktiven Alterns“,

nach Überprüfung anerkennend, dass Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) mit „Gesundheit 2020“,⁷ dem neuen Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, und dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf einer Linie liegen und mit diesen abgestimmt werden –

- 1) FORDERT die Mitgliedstaaten⁸ NACHDRÜCKLICH AUF,
 - a) nationale Konzepte, Programme und Kapazitäten der Gesundheitssysteme zur Förderung eines aktiven und gesunden Alterns im gesamten Lebensverlauf einschließlich generationsübergreifender Konzepte, zu stärken,
 - b) Hindernisse und Lücken im Zugang zur Gesundheits- und Sozialversorgung für ältere Menschen zu erkennen und zu überwinden und zugleich die Herausforderungen durch die Zunahme chronischer Mehrfacherkrankungen und neurodegenerativer Krankheiten intensiver in Angriff zu nehmen,
 - c) sektorübergreifende Konzepte auf verschiedenen staatlichen Ebenen zu fördern und zu unterstützen und so seniorengerechte Umfelder zu schaffen,
 - d) Strategie und Aktionsplan als Grundlage zur Stärkung der internationalen Zusammenarbeit zur Förderung gesunden Alterns zu nutzen;
2. BITTET internationale, zwischenstaatliche und nichtstaatliche Organisationen sowie Selbsthilfeorganisationen und andere einschlägige Organisationen darum, Strategie und Aktionsplan zu unterstützen und ggf. mit den Mitgliedstaaten und dem WHO-Regionalbüro für Europa zusammenzuarbeiten, um die nationalen Konzepte und Pläne zur Bewältigung der Herausforderungen durch die Alterung der Bevölkerung zu stärken;

⁷ Dokument EUR/RC62/10 Rev.1

⁸ und gegebenenfalls Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

3. ERSUCHT die Regionaldirektorin,
 - a) die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung seniorengerechter Konzepte auf verschiedenen staatlichen Ebenen zu unterstützen, etwa durch eine nachhaltige Förderung derartiger Konzepte auf Ebene von Stadt und Gemeinde im Gesunde-Städte-Netzwerk in der Europäischen Region,
 - b) die Mitgliedstaaten zu unterstützen und mit ihnen in Bezug auf die komparative Meldung demografischer Alterungstrends zu kooperieren, die für die in Strategie und Aktionsplan dargestellten vorrangigen Interventionen relevant sind, insbesondere durch Altersprofile auf Ebene von Stadt und Gemeinde,
 - c) die Kommunikation mittels der vorhandenen Infrastruktur zwischen WHO-Kooperationszentren, staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und anderen Akteuren in der Region sowie weiteren Beteiligten zu erleichtern, welche die in Strategie und Aktionsplan skizzierten vorrangigen Maßnahmen unterstützt,
 - d) dem Regionalkomitee auf der 66. Tagung im Jahr 2016 einen Zwischenbericht vorzulegen und dem Regionalkomitee auf der Tagung im Jahr 2020 über die Umsetzung von Strategie und Aktionsplan abschließend Bericht zu erstatten.

EUR/RC62/R7. Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)

Das Regionalkomitee –

eingedenk der Notwendigkeit, dass das WHO-Regionalbüro für Europa für enge strategische Beziehungen mit jedem Mitgliedstaat in der Europäischen Region der WHO Sorge zu tragen hat,

Kenntnis nehmend von dem Bericht der externen Arbeitsgruppe zur Überprüfung der Arbeit der WHO in den Ländern,⁹

in Anerkennung der Erfolge aufgrund früherer Länderstrategien des WHO-Regionalbüros für Europa und unter Hinweis auf seine früheren Resolutionen über die Zusammenarbeit mit den Ländern im Rahmen des EUROHEALTH-Programms (EUR/RC40/R7, EUR/RC41/R2 und EUR/RC43/R10) und dessen Evaluierung und Aktualisierung (EUR/RC44/R10, EUR/RC45/R6), sowie später im Rahmen der Länderstrategie des Regionalbüros „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ (EUR/RC50/R5 und EUR/RC55/R8),

unter Berücksichtigung der andauernden Reform der WHO und insbesondere der Beschlüsse EBSS2(2) zur Leitungsreform und WHA65(5) sowie die erforderliche Abstimmung der Konzepte auf globaler und regionaler Ebene der WHO, die aus ihr folgt,

in Anbetracht der fortschreitenden Arbeit mit der Reform der WHO, das Konzept der Länderkooperationsstrategie (CCS) anzupassen und so für alle Mitgliedstaaten der WHO verfügbar zu machen,

⁹ Dokument EUR/RC61/BD/1

Kenntnis nehmend von dem Konsultationsprozess mit den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region für die Entwicklung einer neuen Länderstrategie für die Europäische Region,

nach Prüfung des Dokuments mit dem Titel Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)¹⁰ –

1. VERMERKT Fortschritte in der Entwicklung einer neuen Länderstrategie;
2. STIMMT DARIN ÜBEREIN, dass:
 - a) ein neues CCS-Modell darauf ausgerichtet werden sollte, als flexibles organisationsweites Instrument der Zusammenarbeit zwischen dem WHO-Sekretariat und jedem interessierten Mitgliedstaat zu dienen,
 - b) flexible und effektive Kooperationsverfahren zwischen der WHO und den Ländern erforderlich sein können, welche die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Landes berücksichtigen;
3. FORDERT die Mitgliedstaaten NACHDRÜCKLICH AUF:
 - a) bei der Weiterentwicklung der neuen Länderstrategie mit dem Regionalbüro zusammenzuarbeiten,
 - b) gegebenenfalls die Entwicklung von CCS mit der WHO zu erwägen,
 - c) die Ernennung einer nationalen Ansprechperson für die übergeordnete strategische Zusammenarbeit mit der WHO zu erwägen;
4. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
 - a) einen ganzheitlichen Ansatz in der Arbeit für, mit und in den Ländern zu wählen und dadurch länderübergreifendes Lernen, Entwicklung und den Austausch neuer Kenntnisse zu sichern,
 - b) die Entwicklung einer CCS mit jedem Mitgliedstaat zu ermöglichen, die sich eine solche wünschen,
 - c) flexible und effektive Mechanismen für eine engere Kooperation zwischen der WHO und den Ländern zu entwickeln, welche die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Landes und die andauernde Entwicklung des neuen CCS-Modells berücksichtigen, und diese als Teil einer neuen Länderstrategie vorzuschlagen,
 - d) die Listen und Verteilerlisten mit den nationalen Ansprechpersonen als den wichtigsten Kontakten für die Zusammenarbeit mit der WHO und die Listen und Verteilerlisten der nationalen fachlichen Ansprechpartner als den Kontakten für die Zusammenarbeit in konkreten Bereichen zu überprüfen, zu aktualisieren und auf der Website der WHO bis Februar 2013 zu veröffentlichen,
 - e) in Konsultationen mit den Mitgliedstaaten eine neue Länderstrategie zu entwickeln und zur Annahme auf der 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees vorzuschlagen und dabei zu konkretisieren, welche Ziele mit der Strategie verfolgt und welche Maßnahmen zum Erreichen derselben ergriffen werden, welche Kriterien für die Eröffnung und Schließung

¹⁰ Dokument EUR/RC62/13

eines Länderbüros gelten, welche Mechanismen für eine engere Zusammenarbeit zwischen der WHO und den Ländern bestehen, die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Länder berücksichtigen, sowie weitere relevante Themen aufzugreifen.

EUR/RC62/R8. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013 bis 2016

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 61. Tagung angenommene Resolution EUR/RC61/R10 –

1. BEKRÄFTIGT, dass die 63. Tagung vom 16. bis 19. September 2013 in Portugal abgehalten wird;
2. BEKRÄFTIGT, dass die 64. Tagung vom 15. bis 18. September 2014 in Kopenhagen abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 66. Tagung 2016 zu einem noch zu bestimmenden Datum in Kopenhagen abgehalten wird.

EUR/RC62(1). Globaler Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten

Das Regionalkomitee –

als Reaktion auf den Beschluss WHA65(8) der 65. Weltgesundheitsversammlung und zum Zwecke der Vorbereitung auf die für November 2012 geplante Tagung der Mitgliedstaaten über einen globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten –

1. BEGRÜSST das von der Weltgesundheitsversammlung vereinbarte globale Ziel einer relativen Reduzierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25% bis zum Jahr 2025;
2. BEKRÄFTIGT die Forderung der Weltgesundheitsversammlung, bei der Auswahl der Indikatoren und Zielvorgaben der Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (62/2) und den darin genannten vier allgemeinen Risikofaktoren besondere Aufmerksamkeit zu schenken;
3. UNTERSTREICHT UNTER BEZUGNAHME AUF den aktuellen Bericht des WHO-Regionalbüros für Europa mit dem Titel „Online-Konsultation zum globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten“ (EUR/RC62/Inf.Doc./6) die Notwendigkeit, bei der Auswahl der Indikatoren die derzeit vorhandenen Kontrollkapazitäten in den Mitgliedstaaten gebührend zu berücksichtigen, um eine unnötige Erhöhung der Meldepflichten für die Mitgliedstaaten zu vermeiden;
4. UNTERSTREICHT die Notwendigkeit, bei der Auswahl der Indikatoren bzw. Zielvorgaben die Verfügbarkeit praktikabler Interventionen zu berücksichtigen, die bereits in einer erheblichen Zahl von Mitgliedstaaten realisiert werden können;

5. FORDERT einen systematischen und wissenschaftlichen Ansatz, der bei der Auswahl der Indikatoren für die Messung der Veränderungen allgemeiner Risikofaktoren beginnt und auf den gegebenenfalls eine Vereinbarung über entsprechende quantitative Zielvorgaben für jeden Indikator folgt;
6. FORDERT die Auswahl einer begrenzten Anzahl wissenschaftlich fundierter Indikatoren für die allgemeinen Risikofaktoren, die für die aktuellen Kontrollsysteme einer erheblichen Zahl von Mitgliedstaaten machbar sind und unmittelbar für die Umsetzung des Kontrollrahmens zur Verfügung stehen, sowie die Annahme erreichbarer Zielvorgaben für jeden Indikator;
7. UNTERSTREICHT die Notwendigkeit zusätzlicher Gesundheitssystemindikatoren, anhand derer die Entwicklung und Umsetzung einschlägiger nationaler Konzepte zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten sowie die Fähigkeit der Gesundheitssysteme zu ihrer Bewältigung (durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation) verfolgt werden können;
8. FORDERT im Hinblick auf die Entwicklung des Kontrollrahmens ein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Ungleichgewichte und ihre Determinanten.

EUR/RC62(2). Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region

Das Regionalkomitee beschließt:

1. dem Sekretariat für den Fall, dass die griechische Regierung ihr Angebot als Gastland zurückzieht, ein Mandat zur Einrichtung einer Außenstelle des Regionalbüros mit Zuständigkeit für den Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten in einem Kandidatenland zu übertragen und dabei das von der Russischen Föderation bekundete Interesse zu berücksichtigen;
2. das Sekretariat zu ersuchen, in Zusammenarbeit mit den Kandidatenländern Geschäftsmodelle für potenzielle neue Außenstellen des Regionalbüros für die Bereiche primäre Gesundheitsversorgung und Bewältigung humanitärer Krisen unter umfassender Beteiligung des SCRC und unter Berücksichtigung der Interessenbekundung Kasachstans für die Einrichtung eines solchen Büros für primäre Gesundheitsversorgung zu entwickeln und diese der 63. Tagung des Regionalkomitees zur Annahme vorzulegen;
3. dass das Sekretariat bei der Vorlage von Optionen für die Auswahl neuer strategischer Bereiche und die Einrichtung möglicher Außenstellen den Inhalt des Dokuments EUR/RC62/11 heranzieht.

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. Ansprachen

- a) Ansprache der Generaldirektorin
- b) Ansprache der Regionaldirektorin und Bericht über die Arbeit des Regionalbüros
- c) Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark
- d) Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherpolitik
- e) Ansprache des Stellvertretenden Generalsekretärs der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

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

4. Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC)

5. Grundsatz- und Fachfragen

- a) Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden
- b) Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit
- c) Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)
- d) Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)
- e) Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region
- f) Reform der WHO
 - i. Zwölftes Allgemeines Arbeitsprogramm 2014–2019
 - ii. Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 – Die Perspektive der Europäischen Region
 - iii. Auswirkungen der WHO-Reform auf die Tätigkeit des Regionalbüros für Europa
- g) Evaluation des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter

6. **Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen**
 - a) Nominierung von zwei Mitgliedern des Exekutivrates
 - b) Wahl von vier Mitgliedern des SCRC
 - c) Wahl von vier Mitgliedern des Europäischen Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit
7. **Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013 bis 2016**
8. **Sonstige Angelegenheiten**
9. **Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

Fachinformationssitzungen

Beratende Expertengruppe Forschung und Entwicklung

Gesundheitspersonal und die Umsetzung des Globalen Verhaltenskodexes

Der Haushalt der WHO und seine Finanzierung

Zielvorgaben und Indikatoren zur Erfolgskontrolle für „Gesundheit 2020“

Gesundheitsförderung und Prävention altersbedingter chronischer Erkrankungen: Sind die Gesundheitssysteme für die Bevölkerungsalterung gerüstet?

Mittagessen der Minister

Impfprogramme zur Aufrechterhaltung des poliofreien Status und zur Eliminierung von Masern und Röteln bis zum Jahr 2015 und Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele

Grundlegende Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in Zeiten von Finanzkrisen und Vorstellung des neuen operativen Konzeptes für die Gesundheitssysteme

Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere

Arbeitsdokumente

EUR/RC62/1 Rev.1	Vorläufige Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC62/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC62/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC62/4	Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC62/4 Add.1	Neunzehnter Ständiger Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa: Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC62/5	Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011
EUR/RC62/6	Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung ergeben
EUR/RC62/7	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC62/7 Add.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC62/7 Add.2	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC62/8	Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie
EUR/RC62/8 Corr.1	Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie
EUR/RC62/9	Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden
EUR/RC62/9 Add.1 Rev.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Resolutionsentwurfs zu „Gesundheit 2020“ – dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden
EUR/RC62/10 Rev.1	Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)
EUR/RC62/10 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Resolutionsentwurfs zu Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)
EUR/RC62/11	Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region
EUR/RC62/12 Rev.1	Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit
EUR/RC62/12 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Resolutionsentwurfs zu dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit
EUR/RC62/13	Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)

EUR/RC62/14	Reform der WHO
EUR/RC62/15	Evaluation des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter
EUR/RC62/16	Draft proposed programme budget 2014–2015
EUR/RC62/16 Add.1	Der Programmhaushalt 2014–2015 – Die Perspektive des WHO-Regionalbüros für Europa
EUR/RC62/17	Draft Twelfth WHO General Programme of Work
EUR/RC62/18	Vorhersehbarkeit, Flexibilität und Nachhaltigkeit bei der Finanzierung der WHO

Konferenzdokumente

EUR/RC62/Conf.Doc./1	Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011
EUR/RC62/Conf.Doc./2	Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC62/Conf.Doc./3	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2013–2016
EUR/RC62/Conf.Doc./4	Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020)
EUR/RC62/Conf.Doc./5	Stärkung der Rolle der Außenstellen des Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region
EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2	Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit
EUR/RC62/Conf.Doc./7	Eine Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa (2012–2014)
EUR/RC62/Conf.Doc./8	„Gesundheit 2020“ – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden
EUR/RC62/Conf.Doc./9	Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2010–2011
EUR/RC62/Conf.Doc./10	Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

Informationsdokumente

EUR/RC62/Inf.Doc./1	Executive summary of the European health report 2012: Moving Europe towards health and well-being
EUR/RC62/Inf.Doc./2	The evidence base of Health 2020
EUR/RC62/Inf.Doc./3	Implementing Health 2020
EUR/RC62/Inf.Doc./4	Monitoring framework for Health 2020 targets and indicators
EUR/RC62/Inf.Doc./5	Strengthening public health services across the European Region – a summary of background documents for the European Action Plan
EUR/RC62/Inf.Doc./6	Web consultation on the Global Monitoring Framework for Non-communicable Diseases
EUR/RC62/Inf.Doc./7	Proposed strategic priority areas for geographically dispersed offices

Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer

I. Mitgliedstaaten

Albanien

Repräsentant

Albert Gajo
Stellvertretender Gesundheitsminister

Andorra

Repräsentanten

Cristina Rodríguez Galan
Ministerin für Gesundheit und Wohlbefinden

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

Armenien

Repräsentant

Dr. Sergey Khachatryan
Stellvertretender Gesundheitsminister

Aserbaidshjan

Repräsentanten

Prof. Ogtay Shiraliyev
Gesundheitsminister

Dr. Samir Abdullayev
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Belarus

Repräsentant

Dr. Dmitry Pinevich
Erster Stellvertretender Minister, Gesundheitsministerium

Belgien

Repräsentant

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

Stellvertreter

Alex Lenaerts
Berater, Büro des Ministers, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Dr. Daniel Reynders
Leiter, Büro des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Berater

Stephanie Langerock
Attaché, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

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

Marleen Van Dijk
Behörde für Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Familie, Region Flandern

Bosnien und Herzegowina*Repräsentanten*

Sredoje Nović
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

Prof. Rusmir Mesihović
Gesundheitsminister

Stellvertreter

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

Vedrana Vuković
Botschaftsrätin, Abteilung für internationale Zusammenarbeit und europäische Integration, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten

Bulgarien*Repräsentantinnen*

Dessislava Dimitrova
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Lidia Georgieva
Außerordentliche Professorin, Sozialmedizin und Gesundheitsmanagement, Medizinische Universität Sofia

Stellvertreterin

Elka Doncheva
Dritte Sekretärin, Direktion für Menschenrechte, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Dänemark

Repräsentantinnen

Dr. Else Smith
Leitende Medizinalbeamtin, Dänisches Gesundheitsamt

Katrine Schjønning
Leiterin, Abteilung für Internationales und Rechtsfragen, Ministerium für Gesundheit und Prävention

Stellvertreterinnen

Marianne Kristensen
Beraterin für internationale Angelegenheiten, Dänisches Gesundheitsamt

Gitte Linaard
Referatsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Prävention

Deutschland

Repräsentanten

Annette Widmann-Mauz
Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit

Udo Scholten
Leiter, Europäische und internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Stellvertreter

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

Berater

Björn Kümmel
Berater, Bundesministerium für Gesundheit

Chariklia Balas
Referentin, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Ifland
Berater, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens,
Bundesministerium für Gesundheit

Gabriela Girnau
Persönliche Referentin der Parlamentarischen Staatssekretärin, Bundesministerium für
Gesundheit

Dr. Peter Pompe
Referatsleiter, Protokoll, internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den in- und
ausländischen Vertretungen, Sprachendienst; Bundesministerium für Gesundheit

Britta Groeger
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit

Olaf Rieck
Leiter, Wirtschaftsabteilung, Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Malta

Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

Repräsentant

Jovan Grpovski
Politischer Berater, Kabinettsleiter des Gesundheitsministers

Estland

Repräsentantin

Ivi Normet
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für Soziales

Stellvertreter

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

Dr. Maris Jesse
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

Taavi Lai
Leitender Analytiker, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

Finnland

Repräsentantinnen

Aino-Inkeri Hansson
Generaldirektorin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Taru Koivisto
Leiterin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Stellvertreter

Pirjo Suomela-Chowdhury
Leiterin, Abteilung für Entwicklungsfragen der Vereinten Nationen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dr. Eero Lahtinen
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Pasi Mustonen
Ministerieller Berater, Abteilung für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Beraterinnen

Outi Kuivasniemi
Ministerielle Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Eeva Ollila
Ministerielle Beraterin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva
Ministerielle Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Gisela Blumenthal
Leitende Beraterin in Gesundheitsfragen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Hanna-Riikka Viljamaa
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frankreich

Repräsentant

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

Stellvertreter

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

Geneviève Chedeville-Murray
Gesundheitsberaterin, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Léa Das Neves
Politikbeauftragte, Büro für internationale Angelegenheiten, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Benjamin Redt
Politikbeauftragter, Büro für Europäische und internationale Angelegenheiten, Generaldirektion Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Léopold Stefanini
Lektor, Gesundheit und soziale Entwicklung, Ministerium für auswärtige und europäische Angelegenheiten

Georgien

Repräsentanten

Irakli Nadareishvili
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Lela Serebryakova
Leiterin, Programmbereich, Abteilung Gesundheitswesen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Griechenland

Repräsentantinnen

Christina Papanikolaou
Generalsekretärin für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Athina Kyrlesi
Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit und Lebensqualität, Gesundheitsministerium

Beraterin

Krystallia Vougiouklaki
Behördenleiterin, Gesundheitsministerium

Irland*Repräsentant*

Dr. Tony Holohan
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

Stellvertreterinnen

Louise Kenny
Stellvertretende Leiterin, Referat Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Gabrielle Jacob
Erste Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Irlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Island*Repräsentantinnen*

Vilborg Ingólfssdóttir
Generaldirektorin, Abteilung für Qualitätssicherung und Prävention, Wohlfahrtsministerium

Dóra Guðrún Guðmundsdóttir
Leiterin, Abteilung Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsdirektion

Israel*Repräsentant*

Prof. Ronni Gamzu
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Prof. Alex Leventhal
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Ran Balicer
Außerordentlicher Professor für Epidemiologie, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Ben-Gurion-Universität des Negev

Italien*Repräsentanten*

Prof. Renato Balduzzi
Gesundheitsminister

Dr. Fabrizio Oleari
Generaldirektor, Öffentliche Gesundheit und Innovation, Ministerium für Gesundheit

Stellvertreter

Dr. Giuseppe Ruocco

Generaldirektor, Generaldirektion für Prävention, Gesundheitsministerium

Dr. Daniela Roderigo

Generaldirektorin, Generaldirektion für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Alberto Bobbio

Leiter und Pressesprecher, Pressebüro des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Enrico Vincenti

Diplomatischer Berater, Gesundheitsministerium

Dr. Francesco Cicogna

Leitender Medizinalbeamter, Generaldirektion für die Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Kasachstan

Repräsentantinnen

Dr. Salidat Kairbekova

Gesundheitsministerin

Gulyum Assylbekova

Stellvertretende Vorsitzende, Ausschuss für Vergütung von medizinischen Leistungen, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Prof. Maksut Kulzhanov

Leiter, Staatliches Zentrum zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsministerium

Kirgisistan

Repräsentantin

Dr. Paiza Suyumbaeva

Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

Kroatien

Repräsentanten

Dr. Krunoslav Capak

Stellvertretender Leiter, Kroatisches Public-Health-Institut

Dr. Velibor Drakulić

Leiter des Büros des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Sibila Žabica

Beraterin des Gesundheitsministers in Fragen der Europäischen Integration und der Internationalen Beziehungen, Gesundheitsministerium

Lettland

Repräsentantinnen

Dr. Ingrīda Cīrcene
Gesundheitsministerin

Līga Šerna
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Europäische Angelegenheiten und Internationale
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Litauen

Repräsentant

Raimondas Šukys
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Rima Vaitkienė
Leiterin, Abteilung Gesundheitspolitik und -planung, Gesundheitsministerium

Antanas Matulas
Vorsitzender, Ausschuss für Gesundheitsangelegenheiten, Parlament Litauens

Beraterin

Simona Gailiūtė
Leitende Sachverständige, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentanten

Dr. Danielle Hansen-Koenig
Direktorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Robert Goerens
Chefarzt, Abteilung für Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion

Malta

Repräsentanten

Dr. Joseph Cassar
Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Mario Galea
Parlamentssekretär für Senioren und Gemeindeversorgung

Stellvertreter

Dr. Kenneth Grech
Ständiger Sekretär, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Berater

- Dr. Raymond Busuttil
Leiter der Abteilung Öffentliche Gesundheit
- Dr. Natasha Azzopardi Muscat
Leitende Medizinalbeamte, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
- Karen Demicoli
Direktorin, Abteilung Politikentwicklung und Internationales, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
- Dr. Miriam Dalmas
Beraterin für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
- Dr. Karen Vincenti
Beraterin für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
- Tonio Cassar
Persönlicher Assistent des Ministers für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung
- Isabelle Farrugia
Persönliche Assistentin des Parlamentssekretärs für 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. Mira Jovanovski Dašić
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Stellvertreterin

- Mirjana Đuranović
Beraterin, Gesundheitsministerium

Niederlande

Repräsentanten

Herbert Barnard

Leiter, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Roland Driecé

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

Stellvertreter

Gert-Jan Rietveld

Leitender Politischer Berater, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Norwegen

Repräsentanten

Dr. Bjørn-Inge Larsen

Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Hilde Caroline Sundrehagen

Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Stellvertreter

Arne-Petter Sanne

Direktor, Gesundheitsdirektion

Thor Erik Lindgren

Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Berater

Benedikte Louise Alveberg

Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Otto Christian Rø

Leitender Berater, Gesundheitsdirektion

Bengt Skotheim

Berater, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsdirektion

Eivind Berg Weibust

Berater, Gesundheitsdirektion

Frederik Frøen

Abteilungsleiter, staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

Österreich

Repräsentanten

Prof. Pamela Rendi-Wagner

Leiterin, Sektion III, öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Hubert Hrabcik
Gesandter für Gesundheit, Ständige Vertretung Österreichs beim Büro der Vereinten Nationen
und bei den Spezialorganisationen in Genf

Stellvertreter

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

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

Polen

Repräsentant

Igor Radziejewicz-Winnicki
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

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

Marcin Rynkowski
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Wojciech Gwiazda
Leitender Sachverständiger, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Dariusz Poznański
Sachverständiger, Abteilung Organisation des Gesundheitssystems, Gesundheitsministerium

Portugal

Repräsentanten

Fernando Leal da Costa
Staatssekretär, Assistent des Gesundheitsministers

Dr. Francisco George
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

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

Eva Falção
Beraterin des Generaldirektors für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Ricardo Leite
Mitglied des Stadtrats von Cascais

Bernardo Barros
Büro des Stellvertretenden Bürgermeisters von Cascais

Republik Moldau

Repräsentanten

Andrei Usatfi
Gesundheitsminister

Mircea Buga
Generaldirektor, Staatliche Arzneimittelversicherung

Stellvertreterin

Eugenia Berzan
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration,
Gesundheitsministerium

Rumänien

Repräsentant

Dr. Vasile Cepoi
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Calin Alexandru
Leiter, Abteilung Gesundheitsversorgung und Politik, Gesundheitsministerium

Roxana Rotocol
Koordinatorin, Abteilung Europäische Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Russische Föderation

Repräsentanten

Prof. Veronika Skvortsova
Gesundheitsministerin

Sergey Velmyaykin
Staatssekretär, Stellvertretender Gesundheitsminister, Ministerium für Gesundheit und soziale
Entwicklung

Stellvertreter

Boris Marchuk
Botschafter, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Svetlana Akselrod
Stellvertretende Direktorin, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und
Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Berater

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

Oleg Kuvshinnikov
Gouverneur, Region Vologda

Dr. Galina Maslennikova
Leitende Forscherin, Abteilung Präventivmedizin, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Oleg Sonin
Berater, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Pavel Esin
Leitender Sachverständiger, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Alexey Kulikov
Dritter Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Russischen Föderation bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Vladimir Lepeshichev
Assistent des Gouverneurs der Region Vologda

Anna Korotkova
Stellvertretende Leiterin, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

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

Farida Saifullina
Botschaftsrätin, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Alexander Oparin
Botschaftsrat, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Sergey Skorodumov
Dritter Sekretär, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Alexey Ptashnik
Dritter Sekretär, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Nikita Sobolev
Attaché, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Oleg Ivanov
Attaché, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

Andrey Glushko
Attaché, Botschaft der Russischen Föderation in Malta

San Marino

Repräsentanten

Claudio Podeschi
Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit

Dr. Andrea Gualtieri
Leiter, Gesundheitsbehörde, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Schweden

Repräsentanten

Dr. Lars-Erik Holm
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

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

Dr. Bosse Pettersson
Leitender Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Maria Renström
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Beraterin

Ingvor Bjugård
Leitende Beamtin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

Schweiz

Repräsentantinnen

Muriel Peneveyre
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

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

Stellvertreter

Lyne Calder
Gesundheitsattaché a.i., Ständige Vertretung der Schweiz bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Robert Thomson
Wissenschaftlicher Berater, Bundesamt für Gesundheit

Serbien

Repräsentanten

Prof. Slavica Djukić-Dejanović
Gesundheitsministerin

Prof. Vladimir Djukić
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreterinnen

Svetlana Vrga
Sonderberaterin für Fragen der Internationalen Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium
Irena Žnidaršić-Trbojević
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Slowakei*Repräsentant*

Dr. Ivan Rovný
Leitender Beauftragter für öffentliche Gesundheit, Amt für öffentliche Gesundheit

Stellvertreterinnen

Šárka Kováčsová
Leiterin, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium
Elena Jablonická
Leitende Beamtin, Abteilung Europäische Union und Internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium

Spanien*Repräsentantinnen*

Mercedes Vinuesa Sebastián
Generaldirektorin, Abteilung Qualitative Erneuerung für die öffentliche Gesundheit,
Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit
Dr. Karoline Fernández de la Hoz Zeitler
Leiterin, Referat für die Koordinierung internationaler Fachfragen, Ministerium für Gesundheit,
Sozialpolitik und Chancengleichheit

Stellvertreterin

María Teresa de Martín Martínez
Referat für die Koordinierung internationaler Fachfragen, Ministerium für Gesundheit,
Sozialpolitik und Chancengleichheit

Tadschikistan*Repräsentant*

Dr. Nusratullo Salimov
Gesundheitsminister

Beraterin

Dr. Dilbar Kurbanova
Beraterin, Gesundheitsministerium

Tschechische Republik

Repräsentantinnen

Eva Karásková
Direktorin, Gesundheitsministerium

Veronika Schlaien
Referentin, Gesundheitsministerium

Türkei

Repräsentanten

Prof. Recep Akdağ
Gesundheitsminister

Prof. Nihat Tosun
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Ö. Faruk Koçak
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Öner Güner
Generaldirektor für Außenbeziehungen und Beziehungen zur Europäischen Union,
Gesundheitsministerium

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

Dr. Cem Sermet Ülker
Erster Botschaftsrat, Botschaft der Türkei in Malta

Dr. Elif Ekmekçi
Leiter, Abteilung Europäische Union, Gesundheitsministerium

Dr. Banu Ekinçi
Leiterin, Abteilung Chronische Krankheiten, Staatliche Behörde für öffentliche Gesundheit

Berater

Dr. Seda Usubütün
Beraterin, Generaldirektion für Außenbeziehungen und Beziehungen zur Europäischen Union,
Gesundheitsministerium

Dr. Canan Yılmaz
Beraterin, Generaldirektion für Außenbeziehungen und Beziehungen zur Europäischen Union,
Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinçilic
Berater des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Aslıhan Kahraman
Berater, Abteilung Chronische Krankheiten, Staatliche Behörde für öffentliche Gesundheit

Prof. Uğur Dilmen
Leiter, Generaldirektorat für Gesundheitsforschung, Gesundheitsministerium

Rana Kahraman
Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Dr. Seyhan Şen
Berater, Generaldirektion für Außenbeziehungen und Beziehungen zur Europäischen Union,
Gesundheitsministerium

Dr. Yusuf Irmak
Berater, Generaldirektion für Außenbeziehungen und Beziehungen zur Europäischen Union,
Gesundheitsministerium

Prof. Gazi Alataş
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Ministerium für Familie und Soziales

Mustafa Akçaba
Berater, Gesundheitsministerium

Ukraine

Repräsentantin

Dr. Raisa Bohatyriova
Stellvertretende Premierministerin und Gesundheitsministerin

Stellvertreter

Yuriy Demediuk
Abteilungsleiter, Ministerkabinett

Ludmila Khariv
Leitende Sachverständige, Ministerkabinett

Prof. Mykola Prodanchuk
Leiter, L.-Medveds-Institut für ökologische Hygiene und Toxikologie

Prof. Olesya Hulchiy
Stellvertretende Leiterin, Organisation und Betrieb Staatliche Medizinische Bohomolets-
Universität

Yana Skibinetska
Erste Sekretärin, Stellvertretender Ständiger Vertreter der Ukraine bei der Ernährungs- und
Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen, Botschaft der Ukraine in Italien

Volodymyr Parkhomenko

Oleksandr Lytvynenko

Ungarn

Repräsentanten

Dr. Hanna Páva
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für Humanressourcen

Dr. Árpád Mészáros
Stellvertretender Abteilungsleiter, Ministerium für Humanressourcen

Usbekistan

Repräsentant

Dr. Abdunomon Sidikov
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Repräsentantin

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

Stellvertreterinnen

Lynne Charles
Gruppenleiterin, Globale Gesundheit, Gesundheitsministerium

Nicolette Shipton-Yates
Dezernentin für Politikfragen, Gesundheitsministerium

Zypern

Repräsentant

Dr. Stavros Malas
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Dionysis Mavronicolas
Ständiger Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Berater

Dr. Olga Kalakouta
Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

Dr. Dimitris Efthymiou
Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

Chryso Gregoriadou Eracleous
Pflegedienstbeauftragte, Koordinationssektion für Europa, Gesundheitsministerium

Georgina Georgiou
Botschaftsrätin für Gesundheit, Ständige Vertretung Zyperns bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Katerina Lambraki-Kasini
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung Zyperns bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

Vereinigte Staaten von Amerika

Colin McIff

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

Elana Clarke

Kommissarische Leiterin, Büro für Europa und Eurasien, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen internationalen Organisationen in Genf

III. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen

Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen

Werner Haug

Direktor, Regionalbüro für Osteuropa und Zentralasien

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen

Dr. Christoph Hamelmann

Regionalbeauftragter für Praktiken im Bereich HIV, Gesundheit und Entwicklung, Regionalbüro für Europa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

Dr. Octavian Bivol

Regionalbeauftragter, Gesundheitssysteme und -politik, Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft unabhängiger Staaten

IV. Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen

Europäische Union

John Dalli

Martin Seychell

Franck Zammit

Sylvain Giraud

Dr. Canice Nolan

Erdem Erginel

Thea Emmerling

Dr. Marc Sprenger

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Yves Leterme

Mark Pearson

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

Alzheimer's Disease International

Dr. Charles Scerri

Marc Wortmann

Internationale Allianz der Patientenorganisationen

Jolanta Bilinska
Fred Cotterill

Internationale Diabetes-Föderation

Prof. Sehnaz Karadeniz

Internationale Lebensrettungsföderation, Regionalverband Europa

Dr. Detlev Mohr

*Internationale Pharmazeutische Föderation/Europäisches Forum der Apothekenverbände
(EuroPharm Forum)*

Dr. Theodorus F.J. Tromp Tromp

Internationaler Hebammenverband

Mary Higgins

Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie

Paul van Hoof

Internationaler Krankenhausverband

Dr. Risto Miittunen

Internationales Büro für Epilepsie

Dr. Janet Misfud

Internationales Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Dr. Jeff Kirk Svane

Medicus Mundi International Network

Linda Mans
Dr. Remco van de Pas

Rotary International

Judith Diment

Stichting Health Action International

Tessel Mellema

Thalassaemia International Federation

Dr. Victor Bulyjenkov

Union for International Cancer Control

Anne Lise Ryel

Weltärztebund

Dr. Martin Balzan
Dr. Ramin Parsa-Parsi

Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen

Miguel Jose Cabral de Pinho
Oana Motea
Usman Mushtaq

Weltverband der ErgotherapeutInnen

Dr. Samantha Shann

Weltverband für Hämophilie

Catherine Hudon
Yuri Zhulyev

Weltverband für Mediziner Ausbildung in Europa

Dr. Madalena Folque Patrício

Weltverband Praktischer Ärzte

Dr. Anna Stavdal

Weltvereinigung für physikalische Therapeutik

John Xerri de Caro
Dr. Emma Stokes

VI. Beobachter

Ärzte ohne Grenzen

Jean François Alesandrini
Katy Athersuch
Pascale Boulet

Council of Occupational Therapists for European Countries

Maria Daniella Farragia

EUROCITIES

Tom van Benthem

EuroHealthNet

Clive Needle

Europäische Allianz für öffentliche Gesundheit

Anne Hoël
Monika Kosinska
Wim Vandavelde

Europäisches Forum der Ärzteverbände

Dr. Ramin Parsa-Parsi

Europäisches Gesundheitsforum Gastein

Prof. Günther Leiner
H. Leiner

Europäisches Herznetz

Susanne Logstrup

European Patients Forum

Philip Chircop

European Public Health Association

Prof. Stanislaw Tarkowski

European Respiratory Society

Brian Ward

GAVI-Allianz Sekretariat

Stephen Sosler

Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Dr. Valery Chernyavskiy

Dr. Debrework Zewdie

Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften

Dr. Lasha Gogvadze

Millennium Chapel

Josianne Vesic

Paula Schembri

Tony Sant

Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte

Dr. Konstanty Radziwill

Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region

Prof. Helmut Brand

Robert Otok

Dr. Carmen Acejas

Prof. Jacqueline Müller-Nordhorn

Gäste und Berater auf Zeit

Thorsten Behrendt

Dr. June Crown

Prof. Ilona Kickbusch

Dr. Mihály Kókény

Prof. Sir Michael Marmot

Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin

Herr Präsident, Eure Königliche Hoheit, sehr geehrte Frau Generaldirektorin, sehr geehrter Herr Kommissar, sehr geehrter Herr Stellvertretender Generalsekretär, sehr geehrte Damen und Herren Minister, sehr geehrte Partner, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Es ist mir eine große Ehre, auf dieser 62. Tagung des Regionalkomitees zu Ihnen sprechen und Ihnen über die wichtigsten Neuigkeiten in der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa berichten zu können. Dabei werde ich kurz unsere gemeinsamen Erfolge und Pläne erläutern und auf einige der entscheidenden Herausforderungen sowie die Chancen zu ihrer Bewältigung eingehen.

Nach meinem Amtsantritt Anfang 2010 habe ich Ihnen, den Mitgliedstaaten, noch in demselben Jahr, auf der 60. Tagung des Regionalkomitees in Moskau, meine Zukunftsvision von mehr Gesundheit für Europa erläutert.

Wir vereinbarten damals einen Fahrplan mit konkreten Meilensteinen, um dem Regionalbüro eine angemessene Reaktion auf die allmähliche Veränderung der Rahmenbedingungen in der Europäischen Region zu ermöglichen und seine Position weiter zu stärken: als ein auf der Grundlage von Evidenz arbeitendes Kompetenzzentrum für Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheit, das den Anforderungen der äußerst heterogenen Europäischen Region der WHO mit ihren 53 Mitgliedstaaten besser gerecht wird.

Dabei habe ich mich verpflichtet, Fortschritte in insgesamt sieben strategisch vorrangigen Bereichen anzustreben. Nun, da etwa die Hälfte des in meiner Vision ins Auge gefassten Zeitraums von fünf Jahren vergangen ist, kann festgestellt werden, dass dank der Anstrengungen unserer aller in diesem Saal die Arbeit in all diesen Bereichen entweder abgeschlossen oder zumindest weit fortgeschritten ist.

Die Veränderungen und Herausforderungen, wie wir sie in der Europäischen Region in Bezug auf Gesundheitsstatus und gesundheitliche Resultate und speziell gesundheitliche Ungleichgewichte erleben, wirken wie eine Triebkraft.

Denn auch wenn unsere Region in den letzten beiden Jahrzehnten eine Erhöhung der Lebenserwartung um fünf Jahre verzeichnen konnte, so haben davon nicht alle Länder im gleichen Maße profitiert. Nach wie vor gibt es sowohl innerhalb von als auch zwischen Ländern enorme Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation und der Entwicklung der Gesundheitssysteme. Die Ungleichheiten nehmen zu, und besonders besorgniserregend aus Sicht der Gesundheitspolitiker ist die Tatsache, dass sich dies innerhalb der Europäischen Region in Unterschieden hinsichtlich der Lebenserwartung von bis zu zwölf Jahren niederschlägt.

Alle Länder der Europäischen Region verzeichnen eine rapide Bevölkerungsalterung, und bis 2050 werden rund 25% der Bevölkerung der Mitgliedstaaten älter als 65 Jahre sein. Dies führt zu einer zusätzlichen Belastung für die Gesundheits- und Sozialsysteme und erschwert deren Finanzierung.

Der größte Teil der Krankheitslast in der Europäischen Region entfällt auf die nichtübertragbaren Krankheiten; sie sind für ca. 86% aller Todesfälle verantwortlich. Dennoch dürfen wir nicht vergessen, dass auch die übertragbaren Krankheiten teilweise noch eine ernste Herausforderung darstellen.

All diese und einige weitere Prioritäten haben wir in den letzten drei Jahren in Angriff genommen. Im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten hat das Regionalkomitee im vergangenen Jahr je einen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums angenommen.

Aber auch bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten wie Poliomyelitis, Masern und Röteln haben wir auf dem Regionalkomitee 2010 die Initiative ergriffen, und im vergangenen Jahr hat die Tagung des Regionalkomitees je einen Aktionsplan zur Bekämpfung von multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb), von HIV/Aids und von bakteriellen Resistenzen angenommen. Sie alle werden bereits in vollem Umfang umgesetzt.

Wir haben alle unsere Schulungsprogramme genutzt – etwa das globale Programm zur Förderung nationaler Gesundheitspolitiken und -strategien und unsere Flaggschiff-Seminare im Bereich Finanzierung – und neue Schulungen zum Thema Gesundheitsdiplomatie für Vertreter der Mitgliedstaaten wie auch für unsere eigenen Mitarbeiter eingeführt.

Wir werden die übrigen gesundheitspolitischen Herausforderungen (Gewalt- und Verletzungsprävention, psychische Gesundheit) auch weiterhin mit einem speziellen Augenmerk auf die Gesundheitssysteme angehen – unter besonderer Schwerpunktlegung auf der allgemeinen Versorgung und den Folgen der Finanzkrise – und Ihnen auf den nächsten beiden Tagungen des Regionalkomitees über Fortschritte berichten.

Angesichts der Notwendigkeit eines kohärenten Rahmenkonzeptes, das alle Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitssituation in der Europäischen Region thematisiert, haben wir gemäß Ihrer Bitte von vor zwei Jahren eine neue europäische Gesundheitspolitik, „Gesundheit 2020“, ausgearbeitet, die an die bewährten Traditionen unserer Region anknüpft.

Dies geschah mittels eines intensiven partizipatorischen Prozesses, zu dem Sie alle beigetragen haben und in den die Erkenntnisse aus einer Reihe Studien und eine beispiellose Sichtung vorhandener Evidenz aus der Region eingeflossen sind.

Der Prozess der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ wurde ebenso wie andere Bereiche unserer Arbeit vollständig an der im Gange befindlichen Reformierung der WHO ausgerichtet und spiegelt die der Arbeit der WHO zugrunde liegenden Werte, Ansätze und Prioritäten wider, wird dabei aber auch den besonderen Rahmenbedingungen und Anforderungen unserer Region wie auch der Mitgliedstaaten gerecht. Dies ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie Entwicklungen auf der globalen und regionalen (und letztlich auch der nationalen) Ebene einander ergänzen und verstärken können.

Wir sind der Überzeugung, dass dieses auf Werten beruhende, handlungsorientierte Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ überall in Staat und Gesellschaft gestalterische Kräfte freisetzen und konkrete Unterstützungsmaßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bewirken und uns damit für Jahre den Weg weisen wird. Eine ausführliche Prüfung des Rahmenkonzeptes und der damit verbundenen Studien steht morgen auf dem Programm.

In „Gesundheit 2020“ werden mit Nachdruck Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten propagiert; deshalb wird unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit an den zugrunde liegenden Ursachen von Krankheit angesetzt. Die Generaldirektorin hat in diesem Jahr in einer Rede vor dem Exekutivrat die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens unterstrichen.

Leider bestehen sowohl zwischen den als auch innerhalb der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region beträchtliche Ungleichgewichte in Bezug auf Gesundheit und ihre sozialen Determinanten; dies bestätigt die von uns in der gesamten Region durchgeführte Untersuchung. Wie in der Politischen Erklärung von Rio über die sozialen Determinanten von Gesundheit zum Ausdruck gekommen, erfordert eine Verbesserung dieser Determinanten einen festen politischen Willen und ein neues Herangehen an Führungsfragen. Das Regionalbüro spielt durch die Arbeit seines Büros in Venedig seit vielen Jahren eine federführende Rolle auf diesem Gebiet, die es auch in Zukunft beibehalten möchte. Unser Dank gilt daher der italienischen Regierung, die unser Büro in Venedig durch Stellung von Räumlichkeiten sowie großzügige Finanzmittel unterstützt.

Doch ohne Abbau bestehender geschlechtsbezogener Benachteiligungen und eine Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit lässt sich gesundheitliche Chancengleichheit nicht erreichen. Es gibt Belege dafür, dass marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie Roma, andere ethnische Minderheiten und Migranten in zunehmendem Maße gesundheitlichen Benachteiligungen ausgesetzt sind. Ich habe daher inzwischen ein Programm zum Thema Anfälligkeit und Gesundheit eingerichtet, um die Förderung und den Schutz des Rechts dieser Gruppen auf Gesundheit voranzutreiben und eine Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse zu fördern.

Dank der Unterstützung durch die Regierungen Italiens und Belgiens konnte das Regionalbüro ein Projekt über Migration und öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region in Gang bringen. Das Regionalbüro unterstützt auch aktiv die Bemühungen in den Ländern zum Aufbau von Kapazitäten für die Überwachung und Umsetzung des Rahmens der Europäischen Union für nationale Strategien zur Integration der Roma sowie die Aktionspläne im Rahmen der Dekade für die Integration der Roma. Im Foyer des Hotels findet eine Ausstellung zum Thema „Gesundheit von Roma und Migranten“ statt, die ich Ihnen ans Herz legen möchte.

Weiterhin möchte ich Ihnen mitteilen, dass wir die Federführung in zwei interinstitutionellen Arbeitsgruppen der Vereinten Nationen zur Koordinierung von Maßnahmen zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) übernommen haben, von denen sich eine mit der Gesundheit von Roma-Frauen und -Kindern und die andere mit der Bekämpfung von Ungleichgewichten befasst. Darüber hinaus haben wir im vergangenen Jahr auch einen Zweijahresbericht über die Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MZ veröffentlicht.

Da die Millenniums-Entwicklungsziele eine Priorität für mich darstellen, freue ich mich darüber, welche Bedeutung die Mitgliedstaaten ihnen beimessen. Insbesondere möchte ich an dieser Stelle der Russischen Föderation und Usbekistan dafür danken, dass sie je ein hochrangiges und äußerst erfolgreiches Forum zum Thema Millenniums-Entwicklungsziele ausgerichtet und uns an deren Vorbereitung beteiligt haben.

Die Debatte über Ziele und Vorgaben, die die Millenniums-Entwicklungsziele nach 2015 ersetzen und an sie anknüpfen könnten, ist bereits im Gange. Es ist unsere Absicht, zu diesem globalen Prozess aktiv beizutragen und so die Generaldirektorin tatkräftig zu unterstützen, indem wir eine strategische Koalition von Partnerorganisationen und Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region aufbauen, um unserer Region Gehör und der Gesundheit einen bedeutenden Stellenwert auf der entwicklungspolitischen Agenda nach 2015 zu verschaffen.

Gestatten Sie mir nun, auf eine Reihe zentraler fachlicher Bereiche unserer Arbeit näher einzugehen.

Die gesundheitlichen Herausforderungen und die durch die Finanzkrise bedingten Sachzwänge verdeutlichen, wie wichtig umfassende systemische Maßnahmen sind, die auf eine allgemeine Versorgung nach evidenzgeleiteten Konzepten abzielen.

Einen besonderen Stellenwert hat für uns die öffentliche Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems. Im Laufe dieser Woche werden Sie über den Entwurf des Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit informiert, um den das Regionalkomitee im vergangenen Jahr gebeten hat. Ich war sehr erfreut, als ich in Anerkennung des Beitrags des Regionalbüros zur Förderung der öffentlichen Gesundheit im Jahr 2011 vom Verband der Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen in der Europäischen Region (ASPHER) mit der Andrija-Štampar-Medaille ausgezeichnet wurde. Damit werden natürlich die Anstrengungen aller Mitgliedstaaten gewürdigt, einschließlich der unseres Gastlandes Malta.

Das entscheidende Leitbild für unsere Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme ist eine allgemeine Versorgung. Viele Länder haben in Bezug auf die finanzielle Absicherung ihrer Bevölkerung und den Zugang zur Gesundheitsversorgung substanzielle Fortschritte erzielt. Dennoch müssen rund 19 Millionen Menschen in der Europäischen Region Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche bestreiten, deren Höhe ihren Haushalt zu ruinieren droht. Diese Problematik wird deshalb in den nächsten Jahren zu unseren vorrangigen Anliegen gehören. Darüber hinaus haben wir mit der großzügigen Unterstützung Belgiens und der Niederlande unsere Arbeit im Bereich der integrierten Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf der Grundlage einer bürgernahen primären Gesundheitsversorgung forciert.

Im Oktober 2013 werden wir anlässlich des fünften Jahrestages der Annahme der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ erneut eine Tagung mit den Mitgliedstaaten in Estland halten, auf der wir eine Bilanz der Fortschritte bei der Erfüllung der darin enthaltenen Verpflichtungen ziehen wollen. Wir danken Estland für diese Initiative. Den abschließenden Bericht über die Umsetzung der Charta werden wir zusammen mit einem Zukunftsausblick im Jahr 2015 dem Regionalkomitee vorlegen.

Die Finanzkrise und ihre Folgen für die öffentlichen Finanzen stellen den politischen Willen der Mitgliedstaaten zur Verbesserung der Gesundheitssituation auf eine harte Probe. Dennoch kann die Krise auch als eine Chance begriffen werden, Veränderungen der konzeptionellen Ausrichtung zu prüfen, um die Gesundheitsetats zu entlasten; dies könnte konkret durch Stärkung der finanziellen Absicherung, durch Verbesserung der Effizienz in den Gesundheitssystemen, durch verstärkte Investitionen in den Bereich öffentliche Gesundheit und durch Nutzung der Gesundheitsfinanzierung als Instrument zur Forcierung einer allgemeinen Versorgung geschehen. Diese Stoßrichtung verfolgen wir mit unserer Arbeit.

Zusammen mit unseren Partnern haben wir die Länder bei ihren Anstrengungen zur Minimierung der schädlichen Folgen der Finanzkrise unterstützt. So war beispielsweise unsere gemeinsame Arbeit mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zum Thema finanzielle Nachhaltigkeit ein Erfolg, und ich bin der Ansicht, wir sollten die Möglichkeiten zum Ausbau der Zusammenarbeit mit der OECD und der EU auf diesem Gebiet weiter ausloten.

Wir haben bereits mit den Vorbereitungen auf eine hochrangige Tagung begonnen, die an die Tagung von Oslo von 2009 anknüpfen soll und die ebenfalls von der norwegischen Regierung ausgerichtet

wird und auf der ein Erfahrungsaustausch über die Zeit seit Beginn der Finanzkrise sowie ein Zukunftsausblick vorgesehen sind.

Wir haben auch die zweite Schulung zum Thema Gesundheitsfinanzierung in Barcelona mit Erfolg durchgeführt, die sich mit der Leistungsverbesserung in den Gesundheitssystemen durch bessere Finanzierungskonzepte sowie als besonderem Schwerpunkt mit dem Aspekt der allgemeinen Versorgung befasste. Neben den Teilnehmern in Barcelona nahmen an der Veranstaltung auch mehr als 500 Personen aus aller Welt per Webcast teil. Wir planen nun eine weitere, konkret für die EU-Staaten konzipierte Schulung und beabsichtigen, das Thema Finanzierung auf einer Tagung mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments zu erörtern. Ich werde unser Büro in Barcelona auch weiterhin nach Kräften bei der Fortsetzung seiner ausgezeichneten Arbeit unterstützen und möchte mich bei Spanien für die Unterbringung und finanzielle Unterstützung des Büros bedanken, das mittlerweile eine zentrale Rolle bei der Gestaltung von Konzepten der Gesundheitsfinanzierung in der Europäischen Region spielt.

Das Regionalbüro hat seine Unterstützung für die Mitgliedstaaten auch bei der Ausarbeitung personalpolitischer Konzepte im Gesundheitsbereich intensiviert. Im Einklang mit dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften haben wir Evidenz in Bezug auf die Planung des Arbeitskräfteangebots sowie die Aspekte Personalbindung und Leistung gewonnen und eine Reihe von Grundsatzoptionen auf diesem Gebiet erarbeitet. Wir haben unser Programm für das Pflege- und Hebammenwesen wieder mit neuem Leben erfüllt, und ich kann Ihnen versichern, dass das Thema Gesundheitspersonal auch weiterhin ein vorrangiges Anliegen für das Regionalbüro bleiben wird.

Ich möchte nun die Gelegenheit ergreifen, Norwegen zur Verleihung des Innovationspreises des Health Worker Migration Policy Council zu gratulieren, den Herr Dr. Bjørn Inge Larsen, Generaldirektor der norwegischen Gesundheitsdirektion, für sein Land entgegengenommen hat.

Die Bereitstellung von Erkenntnissen und Informationen als Entscheidungsgrundlage für die Politik ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Regionalbüros. Wir haben vor Kurzem eine Untersuchung aller unserer Datenbanken, einschließlich der Datenbank „Gesundheit für alle“, der umfassendsten Quelle von Gesundheitsinformationen, abgeschlossen. Ich möchte Sie alle daran erinnern, zu ihrer Aktualisierung regelmäßig Daten einzureichen.

Um die Gesundheitsinformationen und Plattformen in der gesamten Europäischen Region miteinander kompatibel zu machen, haben wir unsere Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der OECD zum Aufbau eines integrierten Gesundheitsinformationssystems für Europa fortgesetzt.

Wir haben auch mit der Arbeit an neuen Instrumenten begonnen, die eine Analyse von Daten auf einer integrierten Datenbank-Plattform ermöglichen. Wir planen in Kürze den Start eines europäischen Netzwerks für evidenzgeleitete Konzepte, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von Wissen in Handlungskonzepte zu unterstützen. Diese Bemühungen sind Teil einer neuen Informationsstrategie, die dem Regionalkomitee im nächsten Jahr vorgelegt wird.

Wir haben auch mit der Umsetzung des Aktionsplans der Europäischen Region zur Umsetzung der Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) sowie der

Politischen Erklärung der Generalversammlung der Vereinten Nationen begonnen. Beide wurden im September 2011 verabschiedet.

Nun, da wir die Annahme eines globalen Ziels zur Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten feiern, ist es auch an der Zeit, auf Erfolgsgeschichten aus unserer Region zu verweisen. An dieser Stelle möchte ich insbesondere die rückläufigen Trends hinsichtlich der Mortalität aufgrund von Kreislauferkrankungen in drei Ländern erwähnen: es handelt sich um Kasachstan, die Republik Moldau und die Russische Föderation. Diese Fortschritte sind das Ergebnis einer Kombination von Einflussfaktoren: mehr Wohlstand, Investitionen in die Gesundheitsversorgung und Veränderungen im Risikoverhalten. Der Erfolg dieser Länder ist für uns Veranlassung, die erreichten Veränderungen zu dokumentieren, zur Kenntnis zu nehmen, dass das globale Ziel tatsächlich erreichbar ist, und in den kommenden Jahren noch intensiver auf die Umsetzung des Aktionsplans hinzuwirken, insbesondere auf der Ebene der Länder.

Das Regionalbüro hat die in den Ländern durchgeführten Maßnahmen zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Einklang mit dem Aktionsplan der Europäischen Region unterstützt; diese Arbeit zeigt auf der Ebene der Länder bereits heute Wirkung. Gestatten Sie mir, dies anhand dreier Beispiele zu veranschaulichen:

Die Ukraine gehört zu den Ländern, die an einem staatlichen Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten arbeiten. Deshalb haben wir gemeinsam mit dem Land intensiv darauf hingearbeitet, in den Entwurf speziell Maßnahmen mit optimalen Erfolgsaussichten, sog. „Best Buys“, einzubeziehen. Wir würden uns wünschen, dass auch andere Länder durch Erstellung staatlicher Aktionspläne einen solchen Weg einschlagen.

Die Türkei erhielt als erstes Land weltweit die Bestnote für die Umsetzung aller MPOWER-Maßnahmen aus dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), die auf eine Senkung der Nachfrage nach Tabakprodukten abzielen.

Die Russische Föderation unterstützt ein Projekt zur Entwicklung von ergebnisorientierten Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten, das in einer kleinen Zahl von Ländern mit hoher Prävalenz durchgeführt wird. Darüber hinaus hat die norwegische Regierung als einen Beitrag zu den globalen Konsultationen je eine Gesprächsrunde über den globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten und zum Thema psychische Gesundheit veranstaltet. Beiden Ländern gilt mein herzlicher Dank für ihre Unterstützung.

Zusammen mit der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) hat das Regionalbüro einen Workshop in der Republik Moldau organisiert, der sich mit einer umfassenden Krebsbekämpfung befasste, und hat eine Reihe gemeinsamer Missionen zur Stärkung staatlicher Programme durchgeführt.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der OECD und dem dänischen Ministerium für Inneres und Gesundheit fanden Konferenzen zu den Themen Diabetes und Befähigung von Patienten statt.

Wie von Ihnen gewünscht, haben wir Indikatoren und eine Prüfliste für Politiker erstellt, auf der Maßnahmen zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums aufgeführt sind. Eine Reihe von Mitgliedsstaaten aktualisieren derzeit ihre Alkoholpolitik. So hat die Republik Moldau einen landesweiten Alkoholplan angenommen, und die Russische Föderation hat vor kurzem ein generelles Alkoholverbot eingeführt.

Im Rahmen unserer engen Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission bei der Beobachtung des Alkoholkonsums haben wir im März 2012 eine viel beachtete Publikation veröffentlicht: Alkohol in der Europäischen Union. Konsum, Folgeschäden und Gegenstrategien.

Ich möchte mich bei der polnischen Regierung für die Ausrichtung einer Tagung bedanken, die den nationalen Ansprechpersonen für Alkoholpolitik Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch in Bezug auf vorbildliche Praktiken und einer Diskussion über aktuelle Entwicklungen gab.

Bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens in unserer Region sind erhebliche Fortschritte erzielt worden. Seit dem Beitritt der Tschechischen Republik und Usbekistans zu dem Übereinkommen ist die Europäische Region von allen WHO-Regionen diejenige mit der höchsten Zahl von Vertragsparteien.

Erfreulich waren aus unserer Sicht außerdem eine Reihe von Initiativen in verschiedenen Ländern: Bulgarien, Ungarn und die Ukraine haben eine Politik der rauchfreien Zonen eingeführt; Usbekistan hat seine Rauchverbote ausgeweitet; Frankreich und die Russische Föderation haben Vorschriften für bebilderte Warnhinweise auf Verpackungen von Tabakprodukten eingeführt; die Ukraine hat ein vollständiges Tabakwerbeverbot erlassen; und die Republik Moldau hat einen ehrgeizigen, auf fünf Jahre angelegten Aktionsplan zur Bekämpfung des Tabakkonsums angenommen.

Zum Welt Nichtrauchertag 2012 hat die Generaldirektorin der WHO den Ministerpräsidenten von Kasachstan und den Gesundheitsminister der Republik Moldau in Anerkennung ihres tatkräftigen Eintretens für ein gesamtstaatliches Konzept zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs mit einem Preis ausgezeichnet.

Übergewicht entwickelt sich in allen Ländern zu einem immer größeren Problem, von dem die niedrigeren sozioökonomischen Schichten in besonderem Maße betroffen sind. Die meisten Mitgliedstaaten sind dabei, die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas und den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2007–2012) in die Tat umzusetzen, um ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu fördern und der Adipositas vorzubeugen, doch herrscht auf diesem Gebiet noch erheblicher Handlungsbedarf. Deshalb soll im nächsten Jahr auf einer hochrangigen Konferenz in Österreich eine Bilanz der Fortschritte bei der Umsetzung des Aktionsplans gezogen werden, und es sollen weitere Maßnahmen in diesen Bereich vereinbart werden.

Die Initiative der Europäischen Region für die Überwachung der Adipositas im Kindesalter (Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI), die mit 200 000 Kindern durchgeführt wird, steht nun als standardisiertes Surveillance-System für die Europäische Region bereit. Es ist jetzt schon eines der weltweit effektivsten seiner Art zur epidemiologischen Überwachung der Adipositas.

Die Europäische Region hat gute Fortschritte im Bereich der Gesundheit von Müttern erzielt und kann einen Rückgang der Müttersterblichkeit verzeichnen. Dabei gibt es jedoch auffallende Ungleichgewichte innerhalb von wie auch zwischen Ländern, wobei die höchsten Raten nach Schätzungen die niedrigsten um das 30- bis 40-fache übersteigen.

Auch im Bereich der Gesundheit von Kindern hat unsere Region gute Fortschritte erzielt, doch auch hier gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Ländern. So liegt die höchste Säuglingssterblichkeitsrate um das 25-fache höher als die niedrigste.

Die Verhütung unbeabsichtigter Schwangerschaften bleibt weiterhin eine Herausforderung für die Europäische Region. Derartige Schwangerschaften sollten nur in den seltensten Fällen vorkommen, und gemeinsam werden wir Wege finden, um im Bedarfsfall den Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen zu gewährleisten. Die WHO wird die Länder, die ihre Handlungskonzepte überprüfen und die Qualität ihrer Angebote verbessern möchten, auch weiterhin unterstützen. Deshalb haben wir in diesem Jahr auch eine Tagung der Europäischen Region veranstaltet, die sich mit der Verbesserung des Zugangs zu Angeboten im Bereich der reproduktiven Gesundheit, einschließlich sicherer Schwangerschaftsabbrüche, befasste. Unser Dank gilt Lettland, das die Tagung ausrichtete.

In der Europäischen Region und weltweit ist 2012 das Jahr des aktiven und gesunden Alterns. Unter dem Motto „Altern und Gesundheit: Gesundheit erfüllt die Jahre mit Leben“ und in dem Wissen, dass gesundes Altern gewissermaßen mit der Geburt beginnt, hat das Regionalbüro mit seinen Partnern und den Mitgliedstaaten in allen Teilen der Region Veranstaltungen zum Weltgesundheitstag durchgeführt. Wir haben sie zusammen mit der dänischen EU-Präsidentschaft eröffnet.

Das Regionalbüro hat den Entwurf von Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region ausgearbeitet, mit dem Sie sich im Laufe dieser Woche noch befassen werden.

In enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen haben wir die Arbeit an den noch nicht erledigten Aufgaben im Bereich der übertragbaren Krankheiten fortgesetzt.

So begann die vollständige Umsetzung der drei Aktionspläne gegen Tuberkulose, HIV/Aids und mikrobielle Resistenzen, die allesamt dringend Maßnahmen gegen die erhebliche Belastung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region fordern, nach ihrer Billigung durch das Regionalkomitee im vergangenen Jahr.

Gemeinsam mit der Europäischen Kommission und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria haben wir im letzten Jahr in Moskau den Konsolidierten Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) offiziell in Gang gesetzt. In enger Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds, der Europäischen Kommission und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) waren wir verschiedenen Ländern bei der Annahme nationaler Strategien und bei der Durchführung einer Reihe von Länderstudien behilflich. So beabsichtige ich, gemeinsam mit dem Europäischen Kommissar John Dalli demnächst Rumänien zu besuchen. Die Ergebnisse dieser gemeinsamen Anstrengungen können wir bereits sehen, etwa die Erhöhung des Zugangs zur Behandlung von 70% auf 96% binnen eines Jahres. Zur Begleitung des Prozesses plane ich für die Europäische Region die Einrichtung eines interinstitutionellen Koordinierungsausschusses, an dem maßgebliche Akteure und die Zivilgesellschaft beteiligt sind.

Als Antwort auf den Anstieg der Anzahl von Menschen, die mit HIV leben, wird der Europäische Aktionsplan HIV/Aids mit voller Kraft umgesetzt. Er beinhaltet einen Rahmen für dringend benötigte Maßnahmen und beschleunigte wirksame Gegenmaßnahmen, bei denen gezielt auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme gesetzt wird.

Dank der kontinuierlichen Bemühungen um eine Ausweitung der Behandlung wächst die Zahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, stetig; ebenso werden fortlaufend Fortschritte bei der Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV erzielt.

Auch der strategische Aktionsplan zur Bekämpfung bakterieller Resistenzen in der Europäischen Region wird bereits in Partnerschaft mit den Mitgliedstaaten und einem breiten Bündnis anderer Akteure umgesetzt. In diesem Zusammenhang möchte ich mich bei Dänemark für die Veranstaltung einer Konferenz zum Thema mikrobielle Resistenzen während seiner EU-Ratspräsidentschaft im März 2012 bedanken, aber auch bei Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark, der Schirmherrin des Regionalbüros, und bei der Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan, die beide zu den Teilnehmern gesprochen haben. Außerdem möchte ich Sie bitten, sich den Europäischen Antibiotiktag am 16. November 2012 vorzumerken. Diese in hohem Maße erfolgreiche Initiative des ECDC weiten wir schrittweise auch auf Mitgliedstaaten außerhalb der EU aus.

Die Europäische Region hat auf dem Weg zur Eliminierung der Malaria bis 2015 beachtliche Fortschritte erzielt. Inzwischen werden nur noch aus fünf Ländern Malariafälle gemeldet, und die Fallzahlen sind erheblich zurückgegangen. Armenien, Kasachstan und Turkmenistan wurden als malariafrei zertifiziert, und Georgien wird seine Zertifizierung voraussichtlich noch vor Ende 2012 erhalten.

Dagegen ist die Inzidenz einiger von Vektoren und Parasiten übertragener Krankheiten wie Denguefieber und Chikungunya angestiegen. Wir arbeiten bereits mit Italien und den Niederlanden an diesem Thema und werden mit der zusätzlichen Unterstützung unserer Mitgliedstaaten mit der Ausarbeitung eines Aktionsplans für die Europäische Region beginnen.

In diesem Jahr feiern wir den zehnten Jahrestag der Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei. Doch trotz aller Erfolge in unserer Region in den vergangenen zehn Jahren, die wir begrüßen, können wir es uns nicht leisten, in Selbstgefälligkeit zu verfallen. Leider erlebte die Region im Jahr 2010 einen großflächigen Polio-Ausbruch. Obwohl die Zertifizierungskommission für die Europäische Region damals erklärte, dass die Region ihren Status als poliofrei behalten werde, warnte sie auch vor dem weiter bestehenden Risiko, nicht zuletzt weil der Impfschutz der Bevölkerung in vielen Ländern Lücken aufweist. Die Mitgliedstaaten müssen für ein einheitlich hohes Impfschutzniveau sorgen und ihre Surveillance-Maßnahmen verbessern.

Die Weltgesundheitsversammlung 2012 hat die Eradikation der Poliomyelitis zu einer programmatischen Notlage für die globale Gesundheit erklärt. Wenn wir diese Gelegenheit nicht nutzen, werden wir weitere und verheerendere Ausbrüche in den als poliofrei zertifizierten Regionen erleben. Daher verpflichte ich mich Ihnen allen gegenüber, die Gunst der Stunde zu nutzen.

Gestatten Sie mir auch, meine tiefe Dankbarkeit gegenüber der Russischen Föderation und der Türkei zum Ausdruck zu bringen, die uns bei der Verfolgung dieser beiden Eliminierungsziele finanziell und fachlich unterstützt haben, und auch der Region Östlicher Mittelmeerraum für den Aufbau einer guten Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zu danken.

Leider ist das Eliminierungsziel der Region für Masern und Röteln bis 2015 in Gefahr. Masern und Röteln breiten sich weiter in der Region aus, und es hat in einigen Ländern größere Ausbrüche gegeben. 2011 trat die überwiegende Mehrzahl der Fälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im westlichen Teil der Region auf, und 80% aller Fälle wurden aus Mitgliedstaaten der EU gemeldet. Noch schlimmer ist, dass die Viren aus der Europäischen Region in andere Länder und Regionen eingeschleppt werden.

Wenn wir diese Krankheiten gemeinsam eliminieren wollen, sind nun beschleunigte Maßnahmen zum Erreichen der anfälligen Bevölkerungsgruppen, eine tatkräftige Unterstützung durch die Politik und eine dauerhafte finanzielle Unterstützung für die Impfprogramme erforderlich. Wir beim Regionalbüro sind entschlossen, Sie, die Mitgliedstaaten, in diesem Kampf zu unterstützen.

Impfung ist das wirksamste Instrument zur Bekämpfung dieser Krankheiten. Die siebte Europäische Impfwoche wurde im April dieses Jahres erstmals im Rahmen der Weltimpfwoche und bemerkenswerterweise unter Beteiligung sämtlicher 53 Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region durchgeführt. Auch hier gilt mein Dank Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark, die die Europäische Impfwoche seit ihren Anfängen unterstützt. Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit mit ihr auf diesem Gebiet.

In Übereinstimmung mit seiner Führungsrolle in humanitären und gesundheitlichen Notlagen unterstützt das Regionalbüro Länder bei der Bewältigung von Notlagen und Gesundheitskrisen und arbeitet dabei eng sowohl mit dem WHO-Hauptbüro als auch mit der Europäischen Kommission und ihren Institutionen wie dem ECDC und der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) zusammen. Wir verfügen über ein bewährtes System zur gründlichen Beobachtung von Ereignissen, die eine potenzielle Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen.

Die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) bleibt weiter eine vorrangige Aufgabe, nicht zuletzt angesichts der für Juni 2012 gesetzten Frist für die Erfüllung der Anforderungen an die Kernkapazitäten der Länder. Wir haben die Mitgliedstaaten intensiver darin unterstützt, ihre Kapazitäten für die Vorbereitung auf den Notfall und für geeignete Gegenmaßnahmen auszubauen. Insbesondere haben wir bewertet, inwiefern die Gesundheitssysteme für solche Notlagen gerüstet sind, und die Länder gegebenenfalls bei Nachbesserungsmaßnahmen unterstützt, etwa durch Empfehlungen in Bezug auf die Krisenfestigkeit und Sicherheit von Krankenhäusern oder das Angebot von Schulungs- und Kompetenzbildungsmaßnahmen. Dies werden wir auch weiterhin tun.

Der neue, von der Weltgesundheitsversammlung gebilligte globale Rahmen der WHO für die Reaktion im Krisenfall sieht eine wichtigere Rolle für die Regional- und Länderbüros vor. Daher haben wir unsere Notfallverfahren für die Europäische Region eingehend überprüft und in der Praxis erprobt. Das Regionalbüro verfügt inzwischen über eine vollständig eingerichtete Notfallzentrale.

In Verbindung mit großen Massenveranstaltungen in der Europäischen Region haben wir zusammen mit den zuständigen nationalen Behörden im Vorfeld den zu erwartenden gesundheitlichen Bedarf abgeschätzt und angemessene Vorkehrungen getroffen. Gemeinsam mit den Regierungen und dem ECDC sowie in Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro haben wir für die Fußball-Europameisterschaft in Polen und der Ukraine und die Olympischen Sommerspiele im Vereinigten Königreich ein erweitertes Überwachungskonzept für dieses neue Handlungsfeld geschaffen. Die wichtigsten gesundheitsbezogenen Botschaften waren an einen breiten Empfängerkreis gerichtet.

Im laufenden Zweijahreszeitraum hat das Regionalbüro auf mehrere gravierende Notlagen, Katastrophen und Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit mit einer Reihe von Missionen und Untersuchungen reagiert.

In diesem Zusammenhang möchte ich der Regierung unseres Gastgeberlandes Malta wie auch den Regierungen anderer Länder der Europäischen Region, insbesondere Griechenland, Italien und der

Türkei, für ihre bemerkenswerten Anstrengungen in jüngster Zeit zugunsten der Migranten- und Flüchtlingsströme aus Nordafrika danken. Die WHO weiß die ausgezeichnete Arbeit zu schätzen, die Malta und andere Länder in den vergangenen Jahren auf diesem Gebiet geleistet haben. Der Türkei möchte ich speziell auch für ihre kontinuierliche Unterstützung auf diesem Gebiet sowie für ihre Bemühungen zur Unterbringung der Flüchtlinge aus der Syrischen Arabischen Republik danken.

Das Regionalbüro hat seine inhaltliche Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit zur Erfüllung der Zusagen aus der Erklärung von Parma intensiviert. Die im Februar dieses Jahres unterzeichnete neue Vereinbarung mit der Bundesrepublik Deutschland hat es uns ermöglicht, unsere Programme im Bereich Umwelt und Gesundheit zu konsolidieren. Unter der konzeptionellen Leitung durch den Hauptsitz in Kopenhagen fungiert das Bonner Büro als ein Kompetenzzentrum für die Europäische Region und weltweit. Dafür möchte ich mich herzlich bei der deutschen Bundesregierung bedanken.

Mit seinem erweiterten Mandat für sektorübergreifende Führungsarbeit hat der Europäische Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit den Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa erfolgreich gesteuert. Auf seiner dritten Tagung im November dieses Jahres in Aserbaidschan wird er mit der Festlegung der künftigen Prioritäten beginnen. Diese werden geprägt sein durch die Verpflichtungen von Parma, durch „Gesundheit 2020“ und durch die Agenda für nachhaltige Entwicklung aus Rio+20, der Konferenz der Vereinten Nationen über nachhaltige Entwicklung. Im nächsten Jahr werden wir das Regionalkomitee darum bitten, diese Prioritäten zu bestätigen, die den Weg zur nächsten Ministerkonferenz weisen werden.

Alles, was ich bisher vorgetragen habe über die von uns geleistete Arbeit, haben wir gemeinsam geleistet: die eine WHO zusammen mit ihren Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen.

Dies ist das Konzept von der einen WHO im Geiste der WHO-Reform. Ich persönlich fühle mich dieser WHO-Reform verpflichtet und unterstütze die Generaldirektorin in all ihren Bemühungen. Ich bin dankbar für den wertvollen Rat, den wir vom Regionalkomitee und seinem Ständigen Ausschuss (SCRC) nach der Ausweitung seiner Aufsichtsfunktion erhalten. Weil das Regionalkomitee nun eine stärkere Rolle wahrnimmt, konnten wir uns in zahlreichen schwierigen Fragen einigen.

Indem wir (durch Erhöhung der Zahl der Mitglieder im SCRC von neun auf zwölf Mitgliedstaaten und Öffnung seiner Tagungen für alle Mitgliedstaaten) die Repräsentanz gestärkt und Koordinierungsgespräche mit den Delegationen der Länder der Europäischen Region auf Tagungen des Exekutivrates und auf Weltgesundheitsversammlungen geführt haben, konnten wir eine umfassende Beteiligung der Mitgliedstaaten und damit ein Mehr an Transparenz erreichen.

In den strategischen Diskussionen, die den Konsultationsprozess zu „Gesundheit 2020“ und weiteren wichtigen Bereichen der öffentlichen Gesundheit erleichterten, spielte das Europäische Forum für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter eine entscheidende Rolle. Unser Dank gilt den Mitgliedstaaten, die die Tagungen ausgerichtet und so großzügig unterstützt haben: Andorra, Belgien und Israel. Wir werden in dieser Woche die Ergebnisse der Auswertung der Arbeit des Forums vorlegen, um Ihre Sichtweise hinsichtlich seiner künftigen Arbeit zu erfahren.

Ich freue mich auch, Ihnen mitteilen zu können, dass wir eine vollständige Rechenschaftslegung des Regionalbüros gegenüber den leitenden Organen gewährleisten konnten, indem wir regelmäßig über die Durchführung unserer Arbeit berichtet haben. Auf Wunsch der Mitgliedstaaten stellen wir die

aktuelle finanzielle Situation des Regionalbüros am Dienstag und Mittwoch detailliert dar, sodass ich hier jetzt nicht auf Einzelheiten eingehen werde. Ich möchte aber hervorheben, dass wir im vergangenen Zweijahreszeitraum Mittel in Höhe ca. 240 Mio. US-\$ einwerben und damit ungefähr das Niveau der Einnahmen des vorangegangenen Zweijahreszeitraums halten konnten. Außerdem war die Umsetzungsrate mit über 90% sehr hoch.

Aufgrund dieser guten Umsetzungsrate fiel allerdings der Übertrag für 2012–2013 entsprechend deutlich geringer aus als in der Vergangenheit. Für den kommenden Zweijahreszeitraum bedeutet das eine Herausforderung, die, wie Sie wissen, mit weiteren einhergeht: der Beschaffung von Finanzmitteln (die für unsere Region von besonderer Bedeutung ist, weil ein Großteil unseres Haushalts aus freiwilligen Mitteln, finanziert wird) und der Verteilung der Mittel. Ich begrüße daher wärmstens die Initiative der Generaldirektorin, für diese beiden Themenbereiche eine globale Sonderarbeitsgruppe einzusetzen, und ich empfinde es als eine große Ehre, darin gemeinsam mit einem stellvertretenden Generaldirektor den Vorsitz zu führen.

Wir haben unsere Beziehungen mit einem breiten Spektrum von Partnerorganisationen kontinuierlich verbessert und die Zusammenarbeit mit ihnen vorangetrieben. So arbeiten wir bereits eng mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen sowie mit der EU und ihren Institutionen, aber auch mit Netzwerken auf subregionaler Ebene wie der Eurasischen Wirtschaftsgemeinschaft zusammen, mit der wir eine Vereinbarung unterzeichnen wollen. Wir haben auch unsere Zusammenarbeit mit den globalen Gesundheitspartnerschaften verstärkt, insbesondere mit dem Globalen Fonds und mit der GAVI-Allianz sowie mit Organisationen der Zivilgesellschaft.

Ich darf an dieser Stelle Herrn Kommissar Dalli herzlich willkommen heißen und vermelden, dass wir bei der Umsetzung der mit der Europäischen Kommission im Jahr 2010 vereinbarten gemeinsamen Fahrpläne große Fortschritte erzielt haben. Wir haben auch unsere enge Zusammenarbeit mit dem ECDC fortgesetzt und verfügen über gemeinsame Arbeitspläne und Leitprinzipien für die Zusammenarbeit. Ferner haben wir die Zusammenarbeit mit der EFSA, der Europäischen Umweltagentur (EUA), der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) intensiviert.

Unsere Kooperation mit den Ländern, die die EU-Ratspräsidentschaft innehaben (zuletzt Zypern und Dänemark), war stets äußerst nützlich, und wir sehen der Zusammenarbeit mit den kommenden Ratspräsidentschaften erwartungsvoll entgegen. Darüber hinaus bemühen wir uns auch aktiv um eine Zusammenarbeit mit anderen WHO-Regionen.

Ebenso freue ich mich, den Stellvertretenden Generalsekretär der OECD, Herrn Yves Leterne, zu dieser Tagung des Regionalkomitees begrüßen zu dürfen. Er und ich werden heute als Zeichen der verstärkten Zusammenarbeit einen gemeinsamen Aktionsplan unterzeichnen.

Die vorläufige Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern, die wir am Donnerstag vorlegen werden, ist auf die WHO-Reform abgestimmt. Eine endgültige Strategie erhalten Sie, sobald der Reformprozess abgeschlossen ist. In der Zwischenzeit haben wir die Struktur des Regionalbüros und seine Präsenz in den Ländern gestärkt, um sämtlichen 53 Mitgliedstaaten dienen und ihren Bedürfnissen gerecht werden zu können.

Ich freue mich, Ihnen hier berichten zu können, dass meine Kollegen und ich uns anlässlich mehrerer Besuche in den Ländern von der Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Ländern vergewissern konnten, und ich habe seit September 2011 mindestens 17 Minister zu offiziellen Besuchen im Regionalbüro empfangen. Wir haben auch damit begonnen, Strategien für die Kooperation mit den Ländern zu entwickeln. Wir danken der Schweiz dafür, dass sie als erster Mitgliedstaat an dieser Initiative teilgenommen hat. Damit geht sie mit vorbildlichem Beispiel voran, dem, wie wir hoffen, bald die Russische Föderation und die Türkei folgen werden. Wir wünschen uns, dass sich diese Strategien auf zwei Dimensionen erstrecken, wie mit der Generaldirektorin abgesprochen:

1. die bilaterale Zusammenarbeit des Landes mit der WHO auf allen Ebenen und
2. den Beitrag des Landes zur gesundheitlichen Entwicklung auf globaler, regionaler und subregionaler Ebene.

Schließlich, meine Damen und Herren, nutzen wir zur Veröffentlichung unserer Arbeit und zur Sensibilisierung für Themen der öffentlichen Gesundheit sowohl herkömmliche als auch neue, innovative Methoden der Kommunikation, also auch die sozialen Medien. Wir geben ein breites Spektrum an Pressematerialien heraus und sind auf Facebook, Twitter und in anderen Medien stark vertreten.

Zur Erleichterung unserer Arbeit und zur Förderung eines positiven Arbeitsklimas entwickeln wir daneben auch eine umfassende interne Kommunikationsstrategie, für die wir als Medium hauptsächlich das Intranet optimiert nutzen und so den Austausch von Informationen sowie den Dialog zwischen allen Büros der WHO in der Region fördern.

Zwar ist die Diskussion über die Kommunikationsstrategie auf das nächste Regionalkomitee verschoben worden, doch werden wir ungeachtet dessen auch weiterhin die gemeinsame Arbeit des Regionalbüros, der Mitgliedstaaten und der verschiedenen Partnerorganisationen darstellen und dabei auf unsere Netzwerke setzen, um ein breiteres Publikum zu erreichen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin

Herr Präsident, Exzellenzen, meine Damen und Herren Minister, sehr geehrte Delegierte, Freunde und Kollegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Gestatten Sie mir, zunächst der Regierung Maltas für die Ausrichtung der 62. Tagung des Regionalkomitees für Europa zu danken.

Dies ist mein erster Besuch in diesem wunderschönen und anmutigen Land, dessen reiche Geschichte sich in so vielen Palästen und Plätzen widerspiegelt. Sie haben viel zu der angenehmen Atmosphäre auf dieser Tagung beigetragen, aber auch zu ihrer effizienten Durchführung, und ich möchte allen Mitarbeitern hier im Land danken, die zu dieser Tagung beigesteuert haben. Unser Wohlbefinden wird noch zusätzlich dadurch erhöht, dass Malta das Rauchen in allen öffentlichen Räumen verboten hat.

Im letzten Monat gab es im Bereich der öffentlichen Gesundheit einen spielentscheidenden Augenblick, in dem die Guten siegten. Das höchste Gericht Australiens erklärte ein Gesetz für zulässig, das für alle Tabakprodukte eine schlichte, farblose Verpackung vorschreibt. Dieses Gesetz war natürlich von der Tabakindustrie heftig bekämpft worden. Der Richterspruch ist ein großartiger Sieg nicht nur für die australische Regierung, sondern auch für die öffentliche Gesundheit, der eine schöne neue Welt für die Bekämpfung des Tabakkonsums eröffnet. In diesem Fall wog die Sorge um den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung schwerer als der Schutz der geistigen Eigentumsrechte, die eine finanziell mächtige und skrupellose Branche geltend machen wollte. Nicht nur mit den Tabakriesen, sondern auch mit anderen mächtigen Wirtschaftsbranchen stehen uns langwierige Auseinandersetzungen bevor, wobei wir es oft mit starken Kräften zu tun haben, auf die wir keinen Einfluss haben.

Die Finanzkrise von 2008 hat immer noch Auswirkungen auf eine große Zahl von Ländern. Die Volkswirtschaften Europas erleben zurzeit einige Turbulenzen, wie Sie es gestern aus dem Munde unserer Kollegen von der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) gehört haben. Einige sind von Wohlstand zu drakonischem Sparen übergegangen, so dass die Versorgung mit Gesundheitsleistungen heute weniger großzügig ist als in der Vergangenheit. Ich danke jedem hier in diesem Saal vertretenen Land für den Einsatz zur Erhaltung seines Engagements für die Gesundheit auf nationaler, regionaler und globaler Ebene. In Anlehnung an ein bekanntes Zitat: Gesundheit ist einfach zu groß zum Scheitern. Ich kann dies hier mit solcher Gewissheit sagen, weil diese Region so viel getan hat, um einschlägige Evidenz zu sammeln und zu verdeutlichen, dass Gesundheit Wohlstand bedeutet. Sie haben dies durch die Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ getan und erst vor kurzem mit dem Rahmenkonzept und der Strategie „Gesundheit 2020“.

Gesundheit hat in der Europäischen Region ihren hohen Stellenwert bewahrt, doch ist das Geld knapp, und die Regierungen achten genau auf ihre Ausgaben. So geraten die Gesundheitsministerien und auch die WHO unter enormen Druck, ihre empfohlenen Strategien durch solide Erkenntnisse über deren Wirksamkeit und Kosteneffektivität zu untermauern. Angesichts der komplexen Aufgaben, vor denen wir heute stehen, müssen diese Erkenntnisse auch außerhalb von Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen Resonanz finden und dafür entsprechend aufbereitet werden.

Ich möchte der Regionaldirektorin, meiner Gesinnungsschwester Zsuzsanna, ihrem Sekretariat und ihren Partnern für die außerordentlich umfangreiche Arbeit danken, die in die Vorbereitung der Unterlagen für diese Tagung geflossen ist. Dazu zählen auch die Hintergrunddokumente, die eine beträchtliche Menge an Erkenntnissen über die sozialen Determinanten von Gesundheit, über sektorübergreifende Steuerung für mehr Gesundheit und über wirtschaftliche Argumente für Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit enthalten.

Es ist keine Überraschung, dass der Hauptschwerpunkt in diesen Dokumenten auf chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten liegt. Die Dokumente enthalten praktische evidenzbasierte Ratschläge dafür, wie gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Konzepte unter sinnvoller Ausnutzung regulatorischer und fiskalischer Maßnahmen umgesetzt werden können. Wir benötigen diese Art von Gebrauchsanleitung, wenn gesundheitliche Belange auch in andere Politikbereiche vordringen sollen. Ich halte es für sehr wichtig, ökonomische Bewertungen der Wirkung konkreter Gesundheitsinterventionen vorzunehmen, etwa Maßnahmen zur Förderung von Tabakbekämpfung und körperlicher Betätigung, zum Abbau des schädlichen Alkoholkonsums, zur Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr, zur Thematisierung von Depressionen im gesamten Lebensverlauf und zur Bewältigung der Grundursachen von Adipositas und ernährungsbedingten Krankheiten. Wir benötigen diese Argumente, um andere Politikbereiche zu überzeugen. Dabei ist sektorübergreifendes Handeln zugunsten von mehr Gesundheit nicht gerade eine Neuentdeckung. Doch als im Jahr 1978 die Erklärung von Alma-Ata unterzeichnet wurde, war eine Zusammenarbeit mit Ressorts gefragt, die dem Gesundheitsbereich freundlich, ja geradezu geschwisterlich gesonnen waren, nämlich Bildung, Ernährung, Wohnungswesen oder Wasserver- und Abwasserentsorgung.

Heute dagegen wird der Kampf um den Schutz der öffentlichen Gesundheit zunehmend zu einem Konflikt zwischen gesundheitlichen Belangen und den Interessen mächtiger multinationaler Konzerne. Jede Gesundheitspolitik, egal wie vernünftig oder langfristig sie angelegt ist, läuft, sobald sie als Bedrohung für eine fragile Volkswirtschaft gesehen wird, Gefahr, in dem Streben nach Wirtschaftswachstum und einem soliden BIP (Bruttoinlandsprodukt) beiseite geschoben zu werden. So ist beispielsweise eine Gewichtsabnahme in der Bevölkerung am leichtesten erreichbar, wenn die Nahrungsmittelindustrie weniger ungesunde Lebensmittel verkauft, insbesondere billige, bequeme und geschmacksintensive Produkte mit hohem Energie- und geringem Nährstoffgehalt. Es ist offensichtlich, dass dies nicht von allein geschehen wird. Industriell hergestellte, stark verarbeitete Lebensmittel werden überall in der Welt zu neuen Grundnahrungsmitteln - ein Phänomen, das manche Forscher so treffend als „Snack Attack“ bezeichnet haben. Die Werbeetat sind enorm, und die Werbung ist sehr genau auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet. Für Zusammenhänge mit der Prävalenz der Adipositas und der damit verbundenen Krankheiten gibt es zahlreiche Belege. Wie schon im Bereich der Tabakbekämpfung ist auch hier für eine Trendwende eine Unterstützung durch Handlungskonzepte aus zahlreichen Ressorts außerhalb des Gesundheitsbereichs notwendig.

Von den in Ihren Dokumenten genannten Konzepten haben viele ihren Ursprung in der Europäischen Region. Ich finde es vollkommen angebracht, dass die Europäische Region ihre Führungsrolle auch künftig dadurch wahrnimmt, dass sie diese Konzepte mit einem soliden Fundus aus Erkenntnissen untermauert, der durch ein breites Wahlspektrum an Grundsatzoptionen ergänzt wird.

Meine Damen und Herren,

Die WHO und ihre Mitgliedstaaten stehen heute vor zwei großen Aufgaben, die wir unbedingt bewältigen müssen. Die erste ist die WHO-Reform. Die zweite ist die Einbeziehung von Gesundheit in die entwicklungspolitische Agenda nach 2015. Bei unseren gemeinsamen Anstrengungen zur Bewältigung dieser beiden Aufgaben ist mir Ihr Rat teuer.

Die Europäische Region war schon immer an vorderster Front bei der Bekämpfung neuer Gesundheitsrisiken, mit denen später auch der Rest der Welt konfrontiert wird. Sie hat traditionell die internationale Gesundheitspolitik allgemein und insbesondere die WHO am großzügigsten unterstützt. Ich habe bereits Ihre Führungsrolle bei der Förderung gut funktionierender und gerechter Gesundheitssysteme hervorgehoben. Sie haben zu der bahnbrechenden Erkenntnis beigetragen, dass lebensstilbedingte Faktoren das Risiko nichtübertragbarer Krankheiten erhöhen; sie führte im vergangenen Jahr zur Annahme der Erklärung von Moskau.

Es spricht für die Lebensqualität wie auch die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region, dass der Altersmedian ihrer Bevölkerung verglichen mit dem in allen anderen Weltregionen der höchste ist. Das Thema „Altern in Gesundheit“ ist auf Ihrer Tagesordnung, und eine Strategie und ein Aktionsplan sollen in den kommenden Jahren den Weg weisen. In dem Dokument über gesundes Altern wird die Notwendigkeit einer sehr viel positiveren Einstellung in Bezug auf das Altern hervorgehoben. Dieser Sichtweise kann ich mich nur anschließen. Aus für den diesjährigen Weltgesundheitstag erstellten Statistiken geht hervor, dass innerhalb der kommenden fünf Jahre die Zahl der Menschen über 65 Jahre erstmals die Zahl der Kinder unter fünf Jahren übersteigen wird. Anders ausgedrückt: Für die Weltbevölkerung wird es allmählich zu einer neuen Normalität, zu den höheren Altersgruppen zu gehören. Und es ist mir eine Ehre, einer dieser Gruppen anzugehören. Ein Lebensverlaufansatz, wie er in „Gesundheit 2020“ propagiert wird, ist einer der besten Wege, um die gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen so lange wie möglich auf einem normalen Niveau zu halten.

Für die Reform der WHO, die ebenfalls auf Ihrer Tagesordnung steht, ist die Frage der Finanzierung eine wichtige Triebfeder. Ich habe Prof. Thomas Zeltner aus der Schweiz gebeten, mich bei der Vorbereitung der Unterlagen zur Sondertagung des PBAC (Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses) in diesem Jahr zu beraten. Er wird sich um Beiträge aller beteiligten Parteien bemühen, so dass ich meine Anregungen auf Ihre Realitäten gründen und sie pragmatisch, durchführbar und annehmbar für alle Teilhaber in dieser Organisation machen kann. In Ihrem Dokument zu diesem Thema wird festgestellt, dass einige Reforminitiativen, etwa die zu den Führungsfragen, schnell umgesetzt werden können, während sich andere aufgrund der Natur der Sache erst allmählich entwickeln und daher erst in einigen Jahren ihre volle Wirkung entfalten werden.

Von Anfang an lag der Reformprozess in den Händen der Mitgliedstaaten. Vor Ihnen liegen die Entwürfe des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms und des nächsten Programmhaushalts. Diese Entwürfe vermitteln Ihnen zum ersten Male in der 65-jährigen Geschichte der WHO einen Einblick, wie die Prioritätensetzung in der Praxis funktioniert. Die Mitgliedstaaten haben darum gebeten, dass sie von den Regionalkomitees geprüft und erörtert und anschließend vom Sekretariat überarbeitet werden. Wir werden die Dokumente gemäß der Konsultation überarbeiten und dem PBAC sowie dem Exekutivrat vorlegen. Beachten Sie bitte, dass an beiden Dokumenten noch gearbeitet wird.

Meine Damen und Herren,

Das Zieldatum für die Erfüllung der Millenniums-Entwicklungsziele nähert sich mit Riesenschritten. Die Debatte über die Entwicklungsagenda nach 2015 ist schon voll entbrannt. Lassen Sie mich Ihnen versichern: Die WHO bemüht sich an vorderster Front darum, in diese Debatte Prozesse und Prozedere einzubringen, die die Berücksichtigung eines breiten Spektrums von Sichtweisen gewährleisten sollen. Es findet zurzeit eine Vielzahl politischer und fachlicher Entwicklungsprozesse statt. Die WHO arbeitet mit vielen Partnern und auch mit Organisationen der Vereinten Nationen zusammen.

Die Verfolgung der Millenniums-Entwicklungsziele hat uns viele wertvolle Erkenntnisse beschert. So haben wir gelernt, dass ein gut funktionierendes, integratives Gesundheitssystem, das eine finanzielle Absicherung gegen ruinöse Gesundheitsausgaben bietet, unverzichtbar ist. Ferner haben wir gelernt, dass wirksame Hilfe Selbstständigkeit fördert. Ihr Ziel besteht darin, die Hilfsbedürftigkeit zu beseitigen. Dies wird dadurch erreicht, dass Ressourcen so kanalisiert werden, dass bestehende Kapazitäten und Infrastrukturen gestärkt und nicht umgangen oder untergraben werden. Wir haben gelernt, wie wichtig es ist, die internationalen Anstrengungen auf eine begrenzte Zahl zeitgebundener Ziele zu konzentrieren, die in der Öffentlichkeit und in den Parlamenten sowie natürlich unter Entwicklungspolitikern die nötige Resonanz finden. Einzelne Krankheiten haben stark von Innovationen profitiert, insbesondere von neuen Finanzierungsmechanismen und fachlichen Neuerungen wie neuen Impfstoffen, besseren Arzneimitteln, patientenfreundlicheren Formulierungen und vereinfachten, patientennahen Diagnosetests.

Dies sind einige der Erfolge, die maßgeblich zu einem dramatischen Rückgang von Morbidität und Mortalität beigetragen haben. Sie haben den Weg für eine neue politische Tagesordnung geebnet, die auf dem Erreichten aufbauen kann. Und es freut mich, hier unsere Kollegen von der GAVI und dem Globalen Fonds zu sehen: Sie sind unsere natürlichen Partner. Doch wie ich schon sagte, wir müssen es unbedingt richtig machen. Die Millenniums-Entwicklungsziele haben die Prioritäten in der Entwicklungspolitik stark beeinflusst und eine Umlenkung von Ressourcenströmen zur Folge gehabt. Es wird daher eine große Versuchung geben, die Zahl der Ziele zu erweitern, anstatt die Agenda prägnant, zielgerichtet, zeitlich gebunden und realistisch zu halten. Es gibt somit um die Aufnahme von Zielen in die Liste einen eifrigen Wettstreit zwischen den Sektoren.

Wenn wir an die Agenda nach 2015 denken, dürfen wir nie vergessen, dass die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele zum überwiegenden Teil den Themenkomplex Infektionskrankheiten betrafen. Zu Beginn dieses Jahrhunderts stellten Aids, Tuberkulose und Malaria gesundheitliche Notlagen dar, die stark zielgerichtete Anstrengungen zur Unterbindung der weiteren Ausbreitung der Epidemien und zur Reduzierung der Zahl der Todesfälle erforderlich machten. Dementsprechend wurde gehandelt. Heute können die Bemühungen zur Bekämpfung dieser Krankheiten im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung erfolgen und müssen nicht mehr als Notfallmaßnahmen durchgeführt werden. Umgekehrt kann die allgemeine Gesundheitsversorgung umfassend von den verfeinerten und vereinfachten Strategien profitieren, die zur Bekämpfung dieser Krankheiten entwickelt wurden. Um nur ein Beispiel zu nennen: Der neue Grundsatz der WHO, Malariamedikamente nur bei entsprechender Diagnose abzugeben, hat die Surveillance-Kapazität für alle Krankheiten gestärkt.

Mein Rat lautet: Auf keinen Fall den heute bestehenden Druck auf impfpräventable Krankheiten sowie auf Aids, Tuberkulose, Malaria und die vernachlässigten Tropenkrankheiten zu verringern. Ständige Mutationen und Anpassungen sind die Überlebensmechanismen in der Welt der Mikroben. Durch

Sorglosigkeit erhalten die Infektionskrankheiten eine ideale Chance, mit aller Macht zurückzukehren. Ich muss nur auf die Probleme verweisen, die wir bereits im Bereich der antimikrobiellen Resistenz haben. Die bei der Bekämpfung dieser Krankheiten gewonnene Dynamik darf 2015 nicht zum Stillstand kommen.

Die Millenniums-Entwicklungsziele haben uns auch gelehrt, dass Gesundheit auf jeder Entwicklungsagenda einen hohen Stellenwert verdient. Gesundheit ist eine Voraussetzung für Entwicklung. Und sie ist eine mächtige Triebkraft des sozioökonomischen Fortschritts. Weil ihre Determinanten so breit gestreut sind, ist Gesundheit auch ein sensibler Indikator für die Auswirkungen von Handlungskonzepten in allen Politikbereichen auf das Wohlbefinden der Bürger. Dazu nur ein Beispiel: Wenn Handelspolitik, Zölle und Agrarsubventionen die Lebensmittelpreise in die Höhe treiben, dann werden die negativen Folgen im Gesundheitsbereich am schnellsten sichtbar in der Form von Hunger (wie wir es jetzt in der Sahelzone erleben) oder von Fehlernährung. Veränderungen in Bezug auf den Gesundheitsstatus sind auch das einfachste und zuverlässigste Anzeichen dafür, dass eine Anpassung der politischen Konzepte notwendig ist. Wie ich schon sagte: Gesundheit ist zu groß für ein Scheitern. Wenn sie verloren geht, geht auch alles andere verloren.

Deshalb ist es erfreulich, dass in dem offiziellen Ergebnisdokument des Rio+20-Gipfels der Gesundheit ein zentraler Stellenwert eingeräumt wird: als einer Voraussetzung und einem Indikator für Entwicklung. In dem Dokument wird auch die Bedeutung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung für die Förderung von Gesundheit, gesellschaftlichem Zusammenhalt und einer nachhaltigen menschlichen und wirtschaftlichen Entwicklung hervorgehoben. Allerdings muss noch mehr getan werden, um der Gesundheit auch einen angemessenen Platz auf der künftigen entwicklungspolitischen Agenda zu verschaffen.

Die Millenniums-Entwicklungsziele waren eine Zielvereinbarung zwischen den Entwicklungsländern mit ihren Bedürfnissen und den wohlhabenden Ländern, die versprachen, angesichts dieser Bedürfnisse durch Zusage von Geldern, Sachverstand und Innovation zu helfen. Anders ausgedrückt, waren sie eine Vereinbarung zwischen Vermögenden und Habenichtsen, mit der die Kluft hinsichtlich der Lebensbedingungen verringert und enormes menschliches Elend gelindert werden sollte. Doch wenn wir das Wesen der heutigen Gesundheitsgefahren betrachten, so reicht eine einfache Zielvereinbarung zwischen Vermögenden und Habenichtsen nicht aus, um der Komplexität dieser Bedrohungen gerecht zu werden. Viele dieser Bedrohungen entstehen aus den Realitäten einer Welt, die durch eine radikale Zunahme von Interdependenz und gegenseitiger Verzahnung gekennzeichnet ist.

In der jüngsten Vergangenheit hat das Thema öffentliche Gesundheit in einen einzigartigen politischen Raum Einzug gehalten. In zunehmendem Maße werden gesundheitsgefährdende Bedingungen durch Kräfte geschaffen, die die gesamte Welt prägen. Heute haben die internationalen Systeme oft mehr Einfluss auf das Leben und die Chancen der Bürger als souveräne Staaten; dies betrifft auch die Chance auf eine hohe Lebenserwartung bei guter Gesundheit. Denken Sie noch einmal an das Thema Adipositas, insbesondere unter Kindern, und an die cleveren Werbespots für ungesunde Lebensmittel und Getränke, die an Kinder gerichtet sind und über Satellitenfernsehen ausgestrahlt werden. Sie können auf Kinder zielende ethisch unverantwortliche Werbung für ungesunde Lebensmittel vielleicht in Ihrem Land verbieten und dennoch kann diese Ihre Bevölkerung über andere Länder erreichen.

Unsere Welt ist in großen Schwierigkeiten. Eine Vielzahl von Problemen hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit. Zu den Problemen gehören der Klimawandel, immer mehr Notlagen und

Katastrophen, immer mehr Kriegsschauplätze, rapide steigende Kosten für die Gesundheitsversorgung, hochschnellende Lebensmittelpreise, die demografische Überalterung, die rapide Verstädterung und die Globalisierung ungesunder Lebensgewohnheiten. Darüber hinaus wird unsere Welt auch durch einen anhaltenden wirtschaftlichen Abschwung, finanzielle Unsicherheit, schrumpfende Chancen, insbesondere für die Jugend und die Mittelschicht, sowie eine sich vertiefende Armut und sich verschärfende soziale Ungleichheiten geprägt. Dies sind weltweite Trends, von denen viele die unaufhörliche Ausbreitung der nichtübertragbaren Krankheiten begünstigen.

Wie ich schon sagte, bekommt der Gesundheitsbereich die Folgen des Handelns anderer Politikbereiche zu spüren. Ich mache mir keine Illusionen. Wir verstehen auch, welche gewaltige Herausforderung das für Sie als Gesundheitsminister bedeutet. Innerhalb der Regierungen wie auch auf internationaler Ebene wird die Gesundheitspolitik nie über so viel Einfluss und Mittel verfügen wie die Ressorts Finanzen, Handel oder Verteidigung. Dies spiegelt wahrscheinlich die Tendenz führender Politiker wider, die nationale Fortschrittsagenda sehr eng am Wirtschaftswachstum und am Anstieg des Bruttonationalproduktes auszurichten.

Dennoch glaube ich, dass wir manche dieser Trends austricksen oder ihnen zumindest durch clevere Konzepte und überzeugende Argumente ausgleichend entgegenwirken können und dass wir dazu die Vielfalt an Erkenntnissen und praktischen Beispielen heranziehen sollten, die in Ihren Dokumenten geschildert werden. Geld ist zwar wichtig, kann aber für sich allein nicht alles bewirken. Für die Gesundheit gilt: Politische Konzepte, die explizit auf Chancengleichheit abzielen, führen zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen und tun mehr zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts, als Geld allein es kann.

Meiner Ansicht nach wäre es eine der wirksamsten Antworten auf all diese Herausforderungen, die allgemeine Gesundheitsversorgung zum festen Bestandteil der Entwicklungsagenda nach 2015 zu machen. Meiner Ansicht nach ist eine allgemeine Gesundheitsversorgung der wichtigste Einzelfaktor mit sozial stabilisierender und ausgleichender Wirkung. In vielen Ihrer Länder tun Sie dies bereits mit Erfolg. Die WHO arbeitet mit der Weltbank daran, 60 Länder im Sinne des Ziels einer allgemeinen Versorgung zu beraten.

In einer Zeit, in der viele Ressorts mit ihrer Politik de facto die sozialen Ungleichheiten verschärfen, wäre ich hoch erfreut, wenn der Gesundheitsbereich der Welt den Weg zu mehr Gerechtigkeit weisen würde - einer Gerechtigkeit, die für alle Menschen auf unserem Planeten spürbar ist.

Meine Damen und Herren. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.