



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

WHO-REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
64. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014

Leistungsbeurteilung für den Programmhaushalt des WHO-Regionalbüros für Europa 2012–2013



Regionalkomitee für Europa

64. Tagung

EUR/RC64/18

Kopenhagen (Dänemark), 15.–18. September 2014

15 August 2014

140463

Punkt 5 (g) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Leistungsbeurteilung für den Programmhaushalt des WHO-Regionalbüros für Europa 2012–2013

Mit diesem Papier erhält das Regionalkomitee für Europa eine abschließende Bewertung der Umsetzung des Programmhaushalts für 2012–2013 durch das Regionalbüro und der Erfüllung der in folgendem Dokument enthaltenen Ziele: EUR/RC61/Inf.Doc/10 (Der Programmhaushalt als strategisches Instrument für die Rechenschaftsablage: Vorschlag für einen Modellversuch im Rahmen der WHO-Reform in der Europäischen Region). Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees hat im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion Kommentare dazu abgegeben.

Die Leistungsbeurteilung umfasst zwei Teile:

- (1) Im Hauptteil wird ein analytischer Überblick über die Leistung des WHO-Regionalbüros für Europa mit Übersichtstabellen und Anhängen gegeben. Ferner werden Hintergrund und Kontext der fachlichen Erfolge, der Finanzlage und der im Zweijahreszeitraum aufgetretenen inhaltlichen und organisatorischen Herausforderungen beschrieben. Darüber hinaus werden gewonnene Erkenntnisse aufgezeigt, die Impulse für die Umsetzung des Programmhaushalts für 2014–2015 und die Planung für 2016–2017 liefern sollen.
- (2) In der Anlage (nur online und auf Englisch verfügbar) wird detailliert der Beitrag der Europäischen Region zu den Indikatoren für die organisationsweit von der WHO erwarteten Ergebnissen aufgezeigt. Zudem wird im Einzelnen darauf eingegangen, inwieweit zentrale Prioritäten und weitere vorrangige Resultate während des Zeitraums 2012–2013 verwirklicht wurden. Dies umfasst auch Weblinks zu den konkreten Outputs, die das Sekretariat im Zweijahreszeitraum erbrachte.

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung.....	1
Überblick über den Bericht	7
Hintergrund und Kontext	8
Überblick über die gezogenen Lehren	10
Überblick zur Umsetzung.....	13
Fachliche Umsetzung.....	14
Strategisches Ziel 1: <i>Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten</i>	14
Strategisches Ziel 2: <i>Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria</i>	14
Strategisches Ziel 3: <i>Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen</i>	15
Strategisches Ziel 4: <i>Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen</i>	16
Strategisches Ziel 5: <i>Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen</i>	17
Strategisches Ziel 6: <i>Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind</i>	18
Strategisches Ziel 7: <i>Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten</i>	19
Strategisches Ziel 8: <i>Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen</i>	20
Strategisches Ziel 9: <i>Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung</i>	20
Strategisches Ziel 10: <i>Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse</i>	21
Strategisches Ziel 11: <i>Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung</i>	22
Umsetzung der Leitungs- und Stützfunktionen.....	23
Strategisches Ziel 12: <i>Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden</i>	23
Strategisches Ziel 13: <i>Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann</i>	24

Überblick über die finanzielle Umsetzung	24
Umsetzung nach Segment und strategischem Ziel.....	24
Umsetzung nach Art der Erbringung	25
Umsetzung nach Personalkosten und Aktivitäten.....	26
Analyse der Ressourcen	27
Erfolgsfaktoren, Hemmnisse und Lehren.....	29
Anhang 1. Glossar mit Fachausdrücken und Abkürzungen	32
Anhang 2. Erzielen der laut PB 2012–2013 organisationsweit erwarteten Ergebnisse in der Europäischen Region	34
Anhang 3. Beobachtung der Resultate (Beschreibung der Resultate und Outputs im Appendix).....	39
Anhang 4. Finanzbericht	44
Anhang 5. Verfügbare Ressourcen des Regionalbüros nach Geber, Art und strategischem Ziel.....	46
Anhang 6. Zusammenfassung der begünstigenden und hemmenden Faktoren nach Strategischem Ziel für SO1 bis SO11	49

Zusammenfassung

1. Nach mehrjähriger anhaltender Diskrepanz zwischen den von den Leitenden Organen gebilligten Prioritäten und den für ihre Verwirklichung verfügbaren Finanzmitteln und in Anbetracht einer unklaren Verteilung der Zuständigkeiten zwischen den Mitgliedstaaten und dem Sekretariat ersuchte das Regionalkomitee für Europa auf seiner 60. Tagung (R60) im Jahr 2010 die Regionaldirektorin, ihm auf seiner 61. Tagung ein Bündel von Leistungsindikatoren und eine Liste mit zentralen Ergebnissen für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 vorzulegen. Dahinter stand die Absicht, die Transparenz und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Umsetzung des Programmhaushalts in der Europäischen Region zu verbessern. 2011 legte die Regionaldirektorin dem RC61 ein Informationsdokument¹ mit den angeforderten Leistungsindikatoren und der Liste der zentralen Ergebnisse vor. In dem Papier mit dem Titel „The programme budget as a strategic tool for accountability – a proposed 2012–2013 pilot trial for WHO reform“ wurde ein Indikatoren- und Leistungskatalog für einen Modellversuch im Rahmen der zum damaligen Zeitpunkt eingeleiteten WHO-Reform vorgeschlagen. Im vorliegenden Leistungsbericht wird das Regionalkomitee über die Ergebnisse des Modellversuchs und die allgemeine Leistung der Region bei der Umsetzung des globalen Programmhaushalts für 2012–2013 unterrichtet.

2. Kernbestandteil des Modellversuchs war das Konzept der Wertschöpfungskette: Die eingesetzten Mittel („Inputs“) wandeln sich in mehreren Schritten zu gesundheitlichen Folgen, wobei auf jeder Stufe (Prozess, Outputs, Resultate und Folgen) ein Mehrwert entsteht. Die Wertschöpfungskette macht ferner deutlich, dass das Sekretariat allein genommen nur für die Effizienz des Prozesses und die Erbringung von Outputs rechenschaftspflichtig gemacht werden kann, während die Verwirklichung der Resultate in der gemeinsamen Verantwortung von Mitgliedstaaten und Sekretariat liegt. Darüber hinaus veranschaulicht sie, wie sich an die Inputs geknüpfte Bedingungen, insbesondere die Zweckbindung freiwilliger Beiträge, auf die gesamte Kette auswirken und mitunter über den Zweck des einzelnen Beitrags hinausgehen.

3. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees für Europa (SCRC) spielte in der Versuchsphase eine zentrale Rolle. Im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion verfolgte er die Fortschritte aufmerksam, gab Rückmeldung zur Leistung und erteilte Rat zur formalen Gestaltung und Darstellung der leistungsbezogenen Informationen. Dieser Bericht entstand im laufenden Dialog zwischen SCRC und Sekretariat.

4. Gegenstand des Versuchs waren 83 für die Europäische Region aufgestellte Prioritäten, von denen 27 als „Prioritäten innerhalb von Prioritäten“ eingestuft und daher als „zentrale vorrangige Resultate“ („key priority outcomes“, KPO) bezeichnet wurden, die organisatorisch und finanziell bevorzugt zu behandeln waren. Ferner wurden sechs Leistungsindikatoren erprobt, die in drei Gruppen unterteilt waren: Inputs, Prozess und Ergebnisse.

- **Inputs:** „Anteil der zweckgebundenen Beiträge, die zur Finanzierung von Gehältern verwendet werden können“ und „Anteil der freiwilligen Beiträge, die auf der Ebene der SO [Strategische Ziele] oder darüber flexibel eingesetzt werden können“. Für den ersten Indikator lag der Ausgangswert bei 50% und der Zielwert bei 55%, doch wurden nur 46% erreicht, also noch weniger als der Ausgangswert. Beim zweiten Indikator betrug der Ausgangswert 7%, der Zielwert dagegen 14% und der erreichte Wert 20%. Die durch einige freiwillige Beiträge gewährte Flexibilität wurde somit durch größere Inflexibilität in Bezug auf eine Finanzierung von Personalkosten durch andere Beiträge konterkariert.

¹ The programme budget as a strategic tool for accountability: a proposed 2012–2013 pilot trial for WHO reform. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc/10; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/150033/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf, eingesehen am 16. April 2014).

- **Prozess:** „Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben der Basisprogramme (SO1–SO11)“. Bei diesem Indikator betrug der Ausgangswert 60%, der Zielwert dagegen 55% und der erreichte Wert 56%. Die Senkung des Personalkostenanteils an den Gesamtausgaben stellte für das Regionalbüro eine der wichtigsten Herausforderungen des Zeitraums 2012–2013 dar. Sie verschärfte sich durch die schwierige Finanzierung von Personalkosten aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen. Beim Indikator „Anteil der organisationseigenen Haushaltsmittel in SO1–SO11 für KPO sowie der danach verbleibenden Mittel für weitere vorrangige Resultate innerhalb des SO“, betrug der Zielwert 80%, der erreichte Wert dagegen 51%. Dafür gibt es mehrere Erklärungen, darunter die ungenügende Priorität, die das Sekretariat der Mittelzuweisung für die KPO beimaß, sowie die schwierige Gehälterfinanzierung, die Mittel von den KPO abzog.
- **Ergebnisse (Outputs und Resultate):** „Anteil geplanter Outputs, die im Rahmen der KPO erbracht wurden“ (Ziel: 95%, erreicht: 72%) und „Anteil der geplanten KPO, die tatsächlich verwirklicht wurden“ (Ziel: 85%, erreicht: 65%). Erklären lässt sich diese niedrige Zielerreichung bei beiden Indikatoren möglicherweise mit den Faktoren, die die vorausgegangenen Schritte in der oben genannten Wertschöpfungskette beeinflussen. Eine ebenso wichtige Rolle spielen möglicherweise die übereifrige Planung und der übergroße Optimismus sowohl unter den Mitgliedstaaten als auch im Sekretariat im Verhältnis dazu, was im Zweijahreszeitraum machbar war.

5. Alle 83 vorrangigen Resultate wurden eingehend geprüft, um Rechenschaft über die erreichten Werte für jedes im Zeitraum 2012–2013 angestrebte Resultat abzulegen. Die Ergebnisse dieser Prüfung sind der Anlage zu entnehmen. Die wichtigsten Befunde werden im Folgenden aufgeschlüsselt nach SO zusammengefasst: Einzelheiten und Links zu konkreten Outputs, die das Sekretariat im Zweijahreszeitraum erbrachte, sind in der Anlage² aufgeführt, die nur online verfügbar ist.

6. **Strategisches Ziel 1:** *Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten*

- Die 2002 in der Europäischen Region erreichte Poliofreiheit wurde aufrechterhalten.
- Die Laborkapazitäten wurden ausgebaut, so dass nun 33 Länder zwei neu aufgetretene Atemwegsviren nachweisen könnten: Corona-Virus MERS-CoV und Vogelgrippe (A/H7N9).
- Partnerschaften wurden gebildet, um Leishmaniose, invasive Stechmückenarten, wieder auftretende Vektorkrankheiten und durch den Boden übertragene Helminthosen auf regionaler und nationaler Ebene zu bekämpfen.

7. **Strategisches Ziel 2:** *Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria*

- Der Anteil der HIV-Patienten mit Zugang zu Behandlung ist noch immer niedrig, zwischen 2010 und 2012 jedoch von 23% auf 35% gestiegen.
- Bei der Prävention der HIV-Übertragung von Müttern auf Kinder erreichte die Europäische Region in den 25 Zielländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen einen Versorgungsgrad von 80%. Nur 1% der 2012 gemeldeten Neuinfektionen mit HIV wurde von der Mutter auf das Kind übertragen.

² Leistungsbericht 2012–2013. Anlage: OWER indicators and detailed outcome assessment sheets. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<https://euro.sharefile.com/download.aspx?id=s8fba90cf8e94c6e8>).

- Ein neues molekulares Diagnoseverfahren zum Nachweis von Tuberkulose (Tb) und rifampicinresistenter Tb (als Ersatzgröße für multiresistente Tuberkulose (MDR-Tb)) in weniger als 100 Minuten wurde in der gesamten Europäischen Region eingeführt.
 - Der Versorgungsgrad der Patienten mit MDR-Tb hat sich zwischen 2011 und 2013 von 63% auf 97% erhöht.
8. **Strategisches Ziel 3:** *Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen*
- Das globale Beobachtungssystem für nichtübertragbare Krankheiten wurde im Mai 2013 auf regionaler Ebene übernommen.
 - Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit wurde 2013 vom Regionalkomitee verabschiedet.
 - Zur Förderung der Gewalt- und Verletzungsprävention wurden eine Publikation mit Fakten aus der Europäischen Region sowie einem globalen Lagebericht zur Straßenverkehrssicherheit und ein Europäischer Bericht zur Prävention von Kindesmisshandlung herausgegeben.
9. **Strategisches Ziel 4:** *Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen*
- Nennenswerte Fortschritte waren bei der Senkung der Kindersterblichkeit und der Verbesserung der Gesundheit von Müttern in Ost- und Mitteleuropa (entsprechend den Indikatoren für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ)) zu verzeichnen.
 - Weitere Mitgliedstaaten (18) erarbeiteten mit Unterstützung der WHO Konzepte für die Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zur Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.
 - Das Thema gesundes Altern findet stärkere Beachtung: Eine Auswertung des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO für 2012–2013 ergab, dass 80% der Städte nun Initiativen zugunsten eines gesunden Alterns betreiben oder entsprechende Maßnahmen durchführen.
10. **Strategisches Ziel 5:** *Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen*
- Zur Stärkung der Bereitschaft der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region wurde ein gefahrenübergreifender Ansatz verfolgt.
 - Um die Bereitschaft für Notlagen, das Risikomanagement und die Reaktionsfähigkeit im Gesundheitswesen in der gesamten Europäischen Region zu verbessern, wurden Partnerschaften zur Stärkung der Reaktionsfähigkeit und eine enge Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und mit der Europäischen Kommission gefördert.
 - In Zusammenarbeit mit den Partnern hat das Regionalbüro Mechanismen zur Mobilisierung eines Netzwerks erfahrener internationaler Experten für die Reaktion auf Notlagen geschaffen, welche das ausgelagerte Fachzentrum in der Türkei konsolidieren soll.

11. **Strategisches Ziel 6:** *Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind*

- Seit Billigung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) wurde in weiteren Ländern eine nationale Alkoholpolitik ausgearbeitet und angenommen.
- Ausgehend von den strategischen Ausrichtungen von „Gesundheit 2020“ (mehr Chancengleichheit und bessere Politiksteuerung) verabschiedeten die Mitgliedstaaten einen neuen Politikrahmen zum Thema Fettleibigkeit (Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020).
- Dank der fachlichen Unterstützung des Regionalbüros wurden weitere Länder der Europäischen Region rauchfrei, verboten die Bewerbung, die Verkaufsförderung und das Sponsoring von Tabakerzeugnissen, erhöhten die Tabaksteuern und führten bildliche Warnhinweise ein. 50 Länder der Region haben das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ratifiziert, davon drei im Zweijahreszeitraum 2012–2013.

12. **Strategisches Ziel 7:** *Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten*

- Der Zweijahreszeitraum 2012–2013 stellte einen Wendepunkt dar, in dem die Investitionen sowie Forschung und fachliche Unterstützung zur Ermittlung der sozialen Determinanten von Gesundheit deutlich ausgeweitet wurden.
- Im Westbalkan fand die Verbesserung der Gesundheitssituation durch die Bewältigung der sozialen Determinanten und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte erstmals formell als Schlüsselbereich und Indikator für wirtschaftliches Wachstum Eingang in die politische Agenda.
- Die Thematik Migration und öffentliche Gesundheit wurde durch eine Bewertung der nationalen Kapazitäten zur Bewältigung des großen Zustroms von Migranten in die Subregion Mittelmeerraum aufgegriffen.
- Die Aspekte Gleichstellung, Menschenrechte und Chancengleichheit wurden bei der Tätigkeit des Regionalbüros und im Prozess „Gesundheit 2020“ durchgängig berücksichtigt.

13. **Strategisches Ziel 8:** *Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen*

- Bei der Verminderung der Belastung der Allgemeinbevölkerung sowie anfälliger und sozioökonomisch benachteiligter Gruppen durch Risikofaktoren wurden nennenswerte Fortschritte erzielt.
- Gemeinsam mit den WHO-Kooperationszentren, Partnern und Experten aus der gesamten Europäischen Region wurden neue und aktualisierte Instrumente für die Bewertung umwelt- und berufsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Leitlinien entwickelt.
- Die enge Zusammenarbeit mit anderen Programmen und Sonderorganisationen der Vereinten Nationen im Bereich Umwelt und Gesundheit wurde beibehalten.

14. **Strategisches Ziel 9:** *Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung*

- Das Bewusstsein und Verständnis für Lebensmittelsicherheit nahmen zu, vor allem in Bezug auf den Codex Alimentarius. Insbesondere verbesserten sich die Erkennung von Notlagen im Bereich Lebensmittelsicherheit und die Reaktion darauf.
- In den Mitgliedstaaten wurden Strategien gegen Unter- wie Überernährung erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.
- Angebote zur Kompetenzbildung für Gesundheitspersonal und Empfehlungen zum Stillen, zum Stillen mit Beikost und zur Ernährung von Säuglingen wurden bereitgestellt. Dabei lag der Schwerpunkt auf zentralasiatischen Ländern.

15. **Strategisches Ziel 10:** *Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse*

- Das Regionalbüro organisierte oder unterstützte drei hochrangige Veranstaltungen: „Die Finanzkrise und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme“, „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von ‚Gesundheit 2020‘ und „Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung“.
- Ein Fahrplan für die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans der WHO zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde genehmigt.
- Der *Europäische Gesundheitsbericht 2012* wurde unter großem Interesse der Medien vorgestellt und war 2013 die am häufigsten heruntergeladene Veröffentlichung des Regionalbüros.
- Die WHO veranstaltete in der Türkei ein erstes Herbstseminar zum Thema Gesundheitsinformationen und empirische Evidenz für die Politikgestaltung veranstaltete unter Beteiligung von 16 Mitgliedstaaten.
- Ein neues regionales Netzwerk für Wissensumsetzung, das EVIPNet der WHO (Evidence-Informed Policy Network) für die Europäische Region, wurde präsentiert.

16. **Strategisches Ziel 11:** *Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung*

- Weitere 25 Länder haben ihre Kapazitäten für die Regulierung und Qualitätssicherung medizinischer Produkte verbessert.
- 18 Mitgliedstaaten weiteten ihre Kapazitäten für die rationelle Nutzung medizinischer Produkte (Arzneimittel, Impfstoffe, Blutprodukte) und Technologien aus und legten entsprechende Richtlinien fest.
- 14 Nicht-EU-Länder führten Untersuchungen zur Verwendung von Antibiotika durch und konzipierten Pilotprojekte für die Überwachung des Antibiotikagebrauchs.

17. **Strategisches Ziel 12:** *Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden*

- Die WHO-Reform kam in der Europäischen Region erheblich voran, unter anderem in den Bereichen Planung, Programmmanagement und Rechenschaftslegung.

- Die Synergie und Kohärenz der Konzepte und Strategien der WHO mit denen anderer Gesundheitspartner in der Europäischen Region wurde durch vorausschauendes Engagement, die Verwirklichung gemeinsamer Initiativen und die aktive Beteiligung an Tagungen zur Bestimmung des politischen Kurses gewährleistet.
- Der Internetauftritt des Regionalbüros gewann an Sichtbarkeit: Die durchschnittliche Zahl der monatlichen Zugriffe auf die Website erhöhte sich im Zweijahreszeitraum 2012–2013 gegenüber 2010–2012 um 22% und zwischen 2012 und 2013 um 18%.

18. **Strategisches Ziel 13:** *Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann*

- Das Regionalbüro für Europa ist das einzige Regionalbüro der WHO, das alle länger zurückliegenden Empfehlungen aus Rechnungsprüfungen umgesetzt hat.
- Der Anteil der Verträge mit einem einzigen Bieter wurde von 66% auf 13% gesenkt.
- In UN-City in Kopenhagen (Dänemark) wurden zwischen April und Dezember 2013 über 800 Konferenzen und Zusammenkünfte abgehalten, darunter zwei Begegnungen mit dem Generalsekretär der Vereinten Nationen; außerdem organisierte das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum zwei Tagungen des Regionalkomitees und vier hochrangige Ministerkonferenzen.
- Die Verwaltung wurde gestrafft durch regelmäßige Qualitätsberichte für die Leitungsebene und die Einsetzung einer Gruppe zur Weiterverfolgung und Umsetzung ihrer Entscheidungen.
- Die Vorlaufzeit für Neueinstellungen wurde erheblich verkürzt.

19. Maßgeblich für den Erfolg waren: die Zusammenarbeit innerhalb der WHO sowie mit den Partnern und Gesundheitsministerien, politische Entschlossenheit und verlässliche nationale Ansprechpersonen. Eine gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien und nationalen Ansprechpersonen sowie ein starkes politisches Engagement waren häufiger im Zusammenhang mit den KPO als bei anderen Prioritäten zu verzeichnen, was nahelegt, dass ranghohe Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten den KPO – entweder bewusst oder zufällig – einen höheren Stellenwert einräumen.

20. Als größtes Hindernis in der Umsetzung erwies sich den Berichten zufolge der Mangel an Ressourcen, wobei kein offenkundiger Unterschied zwischen den KPO und anderen Prioritäten zutage trat. Finanzielle Engpässe können aufgrund einer absoluten Ressourcenknappheit durch die Auflagen der Beitragsgeber in Kombination mit der Verwaltung der vorhandenen Ressourcen, insbesondere der flexiblen organisationseigenen Mittel, durch das Sekretariat entstehen.

21. Der von der Weltgesundheitsversammlung gebilligte Programmhaushalt 2012–2013 wurde zu 104% (in allen Sektionen des Haushalts) finanziert, wobei die Mittelverwendungsrate zwischen 91% und 93% lag. Zwar war das Regionalbüro für Europa gut mit Mitteln ausgestattet, doch gab es weiterhin „Armutinseln“: Für die strategischen Ziele 4,6 und 9 wurden nur 74%, 63% bzw. 52% der gebilligten Ausgaben finanziert.

22. Für die Ausarbeitung des Programmhaushalts 2016–2017 lassen sich einige Lehren ziehen. Das Konzept der „Prioritäten innerhalb der Prioritäten“ wurde von den Mitgliedstaaten positiv aufgenommen und durch breites Engagement für die KPO belohnt. Um dem Ansatz größere Wirksamkeit zu verleihen, sollten allerdings die Verpflichtungen und die Rechenschaftslegung der drei an der Wertschöpfungskette beteiligten Parteien überprüft werden:

- Die Mitgliedstaaten sollten Prioritäten aufstellen und realistisch betrachten, wie viele Ergebnisse angestrebt und wie viele verschiedene Outputs gleichzeitig aufgenommen werden können. Für deren Aufnahme ist meist die Zuweisung beträchtlicher fachlicher, finanzieller und politischer Ressourcen auf nationaler Ebene erforderlich.
- Auch das Sekretariat muss realistisch sein und die Mittel entsprechend den vereinbarten Prioritäten sowie im Bewusstsein verwalten, dass einige Outputs und Ergebnisse eine geringere Priorität genießen als andere. Gebührende Aufmerksamkeit sollte der Beobachtung der fachlichen Fortschritte und der Finanzierungssituation für die Prioritäten gewidmet werden, wobei die flexiblen Mittel der Organisation den jeweiligen Outputs zugewiesen werden sollten. In Zeiten knapper finanzieller oder fachlicher Kapazitäten sollten die gebilligten Prioritäten Vorrang erhalten, selbst wenn die Arbeit an anderen Prioritäten eingestellt werden muss.
- Die Mitgliedstaaten und die Geber sollten es ermöglichen, dass ihre zweckgebundenen Beiträge alle erforderlichen Kostenelemente abdecken, so dass die von ihnen finanzierten Outputs einschließlich Gehaltskosten erbracht werden können. Das beste und wirksamste Vorgehen liegt darin, die Finanzierung weniger detailliert vorzunehmen, also nicht über das Ergebnismiveau hinaus zu spezifizieren.

Überblick über den Bericht

23. Dieser Bericht besteht aus einer analytischen Zusammenfassung der Leistung des Regionalbüros für Europa im Zeitraum für 2012–2013 samt einer Reihe von Übersichtstabellen und Anhängen sowie einer (nur online und auf Englisch verfügbaren) Anlage, in der im Einzelnen dargestellt ist, wie die Europäische Region zu den Indikatoren für die organisationsweit erwarteten Ergebnisse beigetragen hat und inwieweit die einzelnen angestrebten Ergebnisse (KPO und weitere Prioritäten) im Zeitraum 2012–2013 erreicht wurden. Das umfasst auch Weblinks zu den konkreten Outputs, die das Sekretariat im Zweijahreszeitraum erbrachte. Anhang 1 enthält eine Liste der im Bericht verwendeten Begriffe und Abkürzungen, Anhang 2 eine tabellarische Darstellung zum Stand der organisationsweit erwarteten Ergebnisse.

24. Der Bericht wird eingeleitet mit einer Beschreibung des Hintergrunds und Kontexts des Modellversuchs und der gewonnenen Erfahrungen. Es folgt eine Zusammenfassung der Umsetzung in den fachlichen Bereichen (SO1–11) und in den organisatorischen und befähigenden Funktionen (SO12–13). Einzelheiten finden sich in Anhang 3 und in der Anlage.

25. Im nächsten Abschnitt wird die finanzielle Umsetzung analysiert, wobei auch kurz auf die Finanzierung der Personalkosten eingegangen wird. Details zur finanziellen Umsetzung sind den Anhängen 3 und 4 zu entnehmen. Es folgt eine Analyse der Ressourcenlage, bei der unter anderem auch die größeren Büros der WHO miteinander verglichen und die freiwilligen Beiträge analysiert werden, die zu weniger als 20% für die Finanzierung von Gehältern verwendet werden dürfen. In Anhang 5 wird ein Überblick über alle verfügbaren freiwilligen Mittel, ihre Quellen und ihren jeweiligen Verwendungszweck gegeben.

26. Der Bericht schließt mit einer Betrachtung begünstigender wie hinderlicher Faktoren in der Verwirklichung der erhofften Ergebnisse im Zeitraum 2012–2013, der daraus gezogenen

Lehren und der Folgen für 2014–2015 und 2016–2017. Anhang 6 bietet eine nach strategischen Zielen aufgeschlüsselte Zusammenfassung der begünstigenden wie hinderlichen Faktoren für die einzelnen KPO und weiteren Prioritäten. Die Anlage enthält Bewertungsblätter, in denen Herausforderungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit einzelnen Ergebnissen (KPO und weitere Prioritäten) sowie die Folgen für die Planung für 2014–2015 und darüber hinaus im Detail beschrieben werden.

Hintergrund und Kontext

27. In diesem Bericht wird Rückschau auf einen Modellversuch gehalten, in dem der Programmhaushalt als strategisches Instrument für die Rechenschaftslegung und für die Bewertung der Umsetzung des Programmhaushalts 2012–2013 in der Europäischen Region der WHO genutzt wurde.

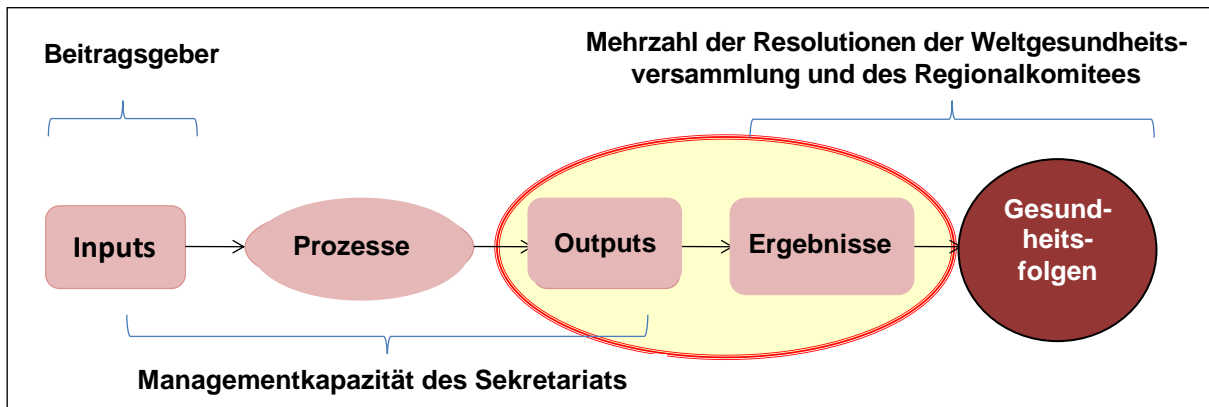
28. Auf seiner 60. Tagung nahm das Regionalkomitee mit Besorgnis Kenntnis vom fortdauernden Ungleichgewicht zwischen den von den Mitgliedstaaten gebilligten zentralen Gesundheitsprioritäten und den dafür bestimmten freiwilligen Beiträgen. Nach der Annahme des globalen Programmhaushalts 2012–2013 durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2011 ersuchte das Regionalkomitee die Regionaldirektorin, in Zusammenarbeit mit seinem Ständigen Ausschuss ein Bündel von Leistungsindikatoren und eine Liste mit zentralen Ergebnissen oder Leistungen („key deliverables“) vorzulegen und so die Führungs- und Aufsichtsfunktion des Regionalkomitees zu stärken. Gleichzeitig bat das Regionalkomitee die Mitgliedstaaten eindringlich, bei der Zumessung freiwilliger Beiträge für die Arbeit der WHO den vereinbarten Prioritäten Rechnung zu tragen.³

29. Für das RC61 legte die Regionaldirektorin ein Informationsdokument mit einem konzeptionellen Rahmen für die Rechenschaftslegung, einem Bündel von Leistungsindikatoren und einer Liste zentraler Ergebnisse vor (Dokument EUR/RC61/Inf.Doc./10). In dem Papier wurde vorgeschlagen, den Rahmen im Zeitraum 2012–2013 durch einen Modellversuch im Kontext der WHO-Reform zu erproben. Der Ständige Ausschuss war eng eingebunden, indem er regelmäßige Aufsichtsberichte vorlegte sowie an den Erörterungen und der Ausgestaltung der Berichtspflichten mitwirkte, sodass sich das Format dieses Berichts aus seinen Beiträgen und Rückmeldungen ergab.

30. Kernstück des Rechenschaftskonzepts ist die Wertschöpfungskette des Regionalbüros (Abb. 1), in der der als „Inputs“ bezeichnete Einsatz (Geldbeiträge, Personal, Informationen) in gesundheitliche Auswirkungen umgewandelt wird und dies mit dem übergeordneten Ziel, das Gesundheitsniveau zu heben und die Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung der Europäischen Region zu verbessern.

³ Resolution EUR/RC60/R9. Programmhaushaltsentwurf für 2012–2013. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r9>, eingesehen am 22. April 2014).

Abb. 1: Die Wertschöpfungskette des Regionalbüros für Europa



31. Rechenschaft für die Umsetzung des Mittelfristigen Strategieplans der WHO 2008–2013 und des Programmhaushalts für 2012–2013 lässt sich mindestens in zweifacher Hinsicht definieren: in Bezug auf die Ergebnisse (d. h. Aufnahme durch die Mitgliedstaaten) und in Bezug auf die Outputs und Prozesse (d. h. erwartete Leistungen und Führungsverhalten des Sekretariats). In der Rechenschaft für die Resultate wird als Maß die Effektivität bei deren Erzielung herangezogen, die unter die gemeinsame Verantwortung von Mitgliedstaaten, Sekretariat, Gebern und Beitragszahlern fällt. Rechenschaftspflichtig für produktive, effiziente Outputs und Prozesse ist hingegen das Sekretariat alleine.

32. Das Sekretariat kann nicht nur in Bezug auf die Qualität der Outputs (d. h. Konzepte, Leitlinien und Handbücher), sondern auch in Bezug auf die Effizienz evaluiert werden, mit der es finanzielle, personelle und fachliche Ressourcen (d. h. Inputs) zur Erzeugung von Outputs einsetzt. Je mehr Bedingungen an die Inputs geknüpft werden, desto weniger Entscheidungsfreiheit hat das Sekretariat. Sind in dem einen Extremfall die Inputs streng zweckgebunden, kann das Sekretariat nur dafür verantwortlich gemacht werden, wie es die in der Vereinbarung mit dem Geber festgelegten Mittel einsetzt und ob es die festgelegten Aktivitäten effizient ausführt, nicht jedoch dafür, ob der wichtigste Output erzeugt wurde. Im anderen Extremfall, also bei vollkommen flexiblen Inputs, ist das Sekretariat für die gesamte Wertschöpfungskette von den Inputs bis zu den Outputs rechenschaftspflichtig und kann eine wesentliche Rolle bei der garantierten Erbringung der gemeinsamen Resultate spielen.

33. In dem Dokument wurde auch ein neues Geschäftsmodell für das Regionalbüro vorgestellt, das auf der Kompetenz und den fachlichen Kapazitäten aufbaut, die innerhalb der Institutionen und staatlichen Verwaltungen der Länder der Europäischen Region vorhanden sind. Das führt zu zwei prägenden Merkmalen des Geschäftsmodells:

- Wo es möglich ist, kommt ein länderübergreifender Modus zur Anwendung, d. h. ein Modus, der den gemeinsamen Bedürfnissen der Länder durch regionsweite Konzepte Rechnung trägt. Es ist damit zu rechnen, dass in Zukunft ein wachsender Anteil der Arbeit des Regionalbüros auf diese Weise erfolgen wird. Wenn ein Output innerhalb eines Resultats nur für eine begrenzte Anzahl von Ländern von Belang ist, kann ein Mehr-Länder-Modell herangezogen werden, in dem die Ressourcen der Gruppe optimal genutzt werden. Es wird jedoch auch weiterhin Outputs geben, die einen konkreten Bezug zu den Bedürfnissen und Umständen einzelner Länder haben. Somit wird ein länderspezifischer Modus künftig weiter relevant sein und bei Bedarf für die Programmerkämpfung auch gewählt werden.
- Ein größerer Anteil der Outputs wird in Zukunft im Rahmen einer systematischeren Zusammenarbeit mit den Kooperationszentren der WHO in der Europäischen Region erbracht werden, wobei das Sekretariat die Federführung innehat.

34. Im Kontext der allgemeinen Reform der WHO wurden Elemente der Wertschöpfungskette des Regionalbüros in die im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 und im Programmhaushalt 2014–2015 verwendete Ergebniskette integriert. Die beiden „Ketten“ unterscheiden sich in erster Linie dadurch, wie die Outputs definiert und gemessen werden und wer für ihre Erbringung verantwortlich ist. In diesem Dokument wird ausschließlich auf die Umsetzung des Mittelfristigen Strategieplans 2008–2013 in der Europäischen Region während des Zweijahreszeitraums 2012–2013 eingegangen.

Überblick über die gezogenen Lehren

35. Für 2012–2013 wurde ein Katalog bzw. Inventar der erwarteten Resultate erstellt, von denen 83 vorrangig waren. Davon wurden 27 als „Prioritäten innerhalb von Prioritäten“ oder „zentrale vorrangige Resultate“ („key priority outcomes“, KPO) eingestuft, die in Bezug auf die Überwachung und Gewährleistung angemessener Ressourcen und Fortschritte mit besonderer Aufmerksamkeit zu behandeln waren. Die verbleibenden, ebenfalls als wichtig eingestuften 56 Resultate wurden als „weitere vorrangige Resultate“ bezeichnet. In Fällen von Ressourcenmangel war vorgesehen, die flexiblen Mittel der Organisation vorzugsweise den KPO zuzuweisen. Der Katalog der 83 Resultate bildete die Grundlage für die operative Planung, etwa die Ausarbeitung zweijähriger Kooperationsvereinbarungen mit den Ländern mit Festlegungen zur Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Aufnahme (Resultate) und zur Verantwortung des Sekretariats für die zu erbringenden Leistungen (Outputs). Der Katalog diente auch als Orientierungshilfe für Verhandlungen mit potentiellen Gebern freiwilliger Beiträge. Die Umsetzung bzw. Verwirklichung der angestrebten Resultate werden in Anhang 3 beschrieben; Einzelheiten sind der Anlage zu entnehmen.

36. Als Maß für die gegenseitige Rechenschaftslegung in den verschiedenen Phasen der Wertschöpfungskette wurden sechs Leistungsindikatoren ausgewählt (Abb. 1). Für drei Indikatoren waren Ausgangswerte verfügbar und für sämtliche Indikatoren wurden Zielvorgaben für 2012–2013 aufgestellt. Aus Tabelle 1 geht hervor, inwieweit die Ziele in Bezug auf die sechs Leistungsindikatoren erreicht wurden.

Tabelle 1: Leistungsindikatoren*

Indikator		Ausgangswert	Zielvorgabe	Erreicht	Rechenschaftspflichtig
Ergebnisse	Anteil der geplanten und erreichten KPO ^a	Nicht verfügbar	85%	65%	Mitgliedstaaten und Sekretariat
	Anteil der geplanten und erbrachten KPO-Outputs	Nicht verfügbar	95%	72%	Sekretariat
Prozess	Anteil der Personalausgaben in den Basisprogrammen an den Gesamtausgaben (SO1–SO11)	60%	55%	56%	Sekretariat
	Anteil der organisationseigenen Haushaltsmittel für KPO in SO1–SO11 ^b ; restliche Mittel für weitere	Nicht verfügbar	80%	51%	Sekretariat

	vorrangige Resultate innerhalb des SO bestimmt				
Input	Anteil der auf der Ebene der SO oder darüber flexibel einsetzbaren freiwilligen Beiträge	7%	14%	20% ^c 13% ^d	Mitgliedstaaten und Geber
	Anteil der zur Finanzierung von Gehältern einsetzbaren zweckgebundenen Beiträge	50%	55%	46%	Mitgliedstaaten und Geber

KPO: zentrales vorrangiges Resultat; SO: strategisches Ziel

*Quelle: „Table 2. Performance indicators“ in Dokument EUR/RC61/Inf.Doc/10¹

- ^a Zahl der voll erreichten KPO, gemessen als prozentualer Anteil an allen KPO. Die verbleibenden 35% wurden teilweise erreicht; kein KPO wurde „nicht erreicht“ (Einzelheiten siehe Anhang 3 und Anlage).
- ^b In der Annahme, dass die Generaldirektorin dem Regionalbüro einen flexiblen Einsatz der Mittel aus ordentlichen Beiträgen für SO1–SO11 gestattet.
- ^c Anteil aller (global und lokal mobilisierten) freiwilligen Ressourcen, die auf der Ebene der SO oder darüber flexibel einsetzbar sind.
- ^d Anteil der vom Regionalbüro mobilisierten freiwilligen Beiträge, die auf der Ebene der SO oder darüber flexibel einsetzbar sind.

37. In der Wertschöpfungskette werden Inputs über Prozesse in Ergebnisse (Outputs und Resultate) umgewandelt. Daher erscheinen suboptimale Inputs als unter dem Zielwert liegende Ergebnisse. Wurden die Leistungsindikatoren umsichtig ausgewählt, können sie für eine plausible, kohärente Erläuterung herangezogen werden. Nachstehend wird versucht, eine Erläuterung auf der Grundlage von Tabelle 1 und unter Bezugnahme auf Tabelle 2 zu geben. Weitere Einzelheiten finden sich in späteren Abschnitten dieses Dokuments.

38. **Input:** Zwar lag der Anteil der freiwilligen Beiträge, deren flexible Verwendung auf der Ebene der SO oder darüber gestattet war, über dem Zielwert, doch war der für die Finanzierung von Gehältern einsetzbare Anteil niedriger statt höher, da die zweckgebundenen freiwilligen Beiträge, die dafür genutzt werden durften, mit 46% den allgemeinen durchschnittlichen Anteil der Personalausgaben an den Gesamtausgaben für SO1–SO11, der 56% betrug, deutlich unterschritten (Abschnitt „Umsetzung nach Personalkosten und Aktivitäten“). Ein beträchtlicher Anteil der sonstigen freiwilligen Beiträge wurde nur in sehr geringem Maß für Personalkosten aufgewandt (siehe Abschnitt „Ressourcenanalyse“). Das hatte zur Folge, dass für die Deckung der Finanzierungslücke bei den Personalkosten auf flexible Ressourcen der Organisation zurückgegriffen werden musste. Somit war die Nutzung eines größeren Anteils flexibler Ressourcen in gewisser Weise ein Produkt der zweckgebundenen freiwilligen Beiträge, welche das für die Erzeugung der Outputs benötigte Personal nicht ausreichend finanzierten. Außerdem verzerrte sich durch die Zweckbindung einer Reihe umfangreicher freiwilliger Beiträge die Ausgewogenheit der Finanzierung, da beispielsweise bestimmte Länder stärker davon profitierten, während andere Länder mit ähnlichen Bedürfnissen unterfinanziert waren (siehe Abschnitt „Ressourcenanalyse“).

39. **Prozess:** Die Finanzierungslücke zwischen dem kumulierten Haushalt am Ende des Zweijahreszeitraums und den verfügbaren Ressourcen für die 27 KPO betrug 5 Mio. US-Dollar, für die 56 weiteren vorrangigen Resultate 5,8 Mio. Dollar. Eine mögliche Erklärung für die Ähnlichkeit der beiden Defizite besteht darin, dass den KPO bei der Zuweisung flexibler organisationseigener Ressourcen nicht genügend Priorität zuteil wurde: Trotz Unterfinanzierung wurden nur 51% den KPO zugeteilt. Dies ist jedoch teilweise dadurch bedingt, dass zur

Finanzierung der Personalkosten flexible Mittel der Organisation als Ausgleich für die unzureichenden Personalmittel aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen und auch für die Neuausrichtung der Personalkapazitäten eingesetzt werden mussten. Der angestrebte Anteil der Personalausgaben an den Gesamtausgaben wurde nahezu erreicht, indem Einsparungen durch Effizienzgewinne (Geschäftsmodell und Verwaltungspersonal) erzielt und außerdem frei gewordene Stellen nicht neu besetzt wurden (siehe Abschnitt „Umsetzung nach Personalkosten und Aktivitäten“). In einigen Fällen gefährdete dies Erbringung von Fachkapazität.

40. **Ergebnisse:** 65% der KPO wurden vollständig erreicht, und 72% der KPO-Outputs wurden erbracht. Damit wurden die angestrebten Zielwerte von 85% bzw. 95% verfehlt. Zusätzlich zu den unter „Input“ und „Prozessen“ genannten Gründen gibt es weitere Erklärungsansätze: übermäßige Planung und übergroßer Optimismus unter den Mitgliedstaaten und im Sekretariat in Bezug darauf, was im Zweijahreszeitraum mit den verfügbaren Ressourcen machbar war; innerstaatliche Faktoren, die die Aufnahme der Outputs hemmten (siehe Abschnitt „Erfolgsfaktoren, Hindernisse und gewonnene Erkenntnisse“); längere Vorlaufzeiten als erwartet für die Anpassung der fachlichen Kapazitäten des Sekretariats zur Erbringung der Outputs für die KPO; ungenügende Priorität seitens des Sekretariat für die auf nationaler Ebene zu erbringenden Leistungen für die KPO.

Tabelle 2: Verpflichtungen*

	Mitgliedstaaten	Mitgliedstaaten oder Geber	Sekretariat
Ergebnisse	Absorption der Outputs zur Erfüllung der geplanten KPO		Erbringung geplanter Outputs, einschließlich fachlicher Anleitung und Unterstützung
Mittel	Zuweisung angemessener <i>Eigenmittel</i> für <i>eigene</i> Arbeit zur Erfüllung der KPO	Bereitstellung ausreichender Mittel, flexibel oder auf die KPO abgestimmt	Mitteinsatz zur ausgewogenen Finanzierung aller KPO
Produktivität und Effizienz			Erreichen der beiden für 2012–2013 aufgestellten Prozess- und Effizienzziele

*Quelle: „Table 3. Commitments“ in Dokument EUR/RC61/Inf.Doc/10¹

41. Das Konzept der KPO wurde von den Mitgliedstaaten positiv aufgenommen. Dies lässt sich durch die große Zahl der Mitgliedstaaten, die sich mit den meisten KPO befassten (siehe Anhang 3), und dadurch belegen, dass die Erfolgsfaktoren „gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien“, „gute Zusammenarbeit mit verlässlichen nationalen Ansprechpartnern“ und „starkes politisches Engagement“ bei den KPO häufiger als bei den anderen vorrangigen Resultaten anzutreffen waren (siehe auch Anhang 6). Um die Wirksamkeit des Ansatzes zu steigern, ist es allerdings erforderlich, die Verpflichtungen und die Rechenschaftslegung der drei an der Wertschöpfungskette beteiligten Parteien näher zu untersuchen (Abb. 1 und Tabelle 2).

42. Die Mitgliedstaaten müssen außerdem Prioritäten aufstellen und realistisch in Bezug darauf sein, wie viele Resultate angestrebt und wie viele verschiedene Outputs gleichzeitig aufgenommen werden können. Zur Aufnahme der Outputs ist es in den meisten Fällen erforderlich, erhebliche fachliche und finanzielle Ressourcen zuzuweisen und politische Unterstützung zu gewähren.

43. Die Mitgliedstaaten und die Geber müssen dafür sorgen, dass ihre zweckgebundenen Beiträge alle Kostenelemente abdecken, die notwendig sind, um die von ihnen finanzierten Outputs für die KPO ebenso wie für die weiteren vorrangigen Resultate zu erbringen. Dies umfasst auch die Gehälter. Der beste und wirksamste Ansatz würde darin bestehen, die Zweckbindung zu reduzieren, etwa indem zweckgebundene Mittel nicht unter dem für das gewünschte Resultat erforderlichen Umfang angesetzt werden.

44. Das Sekretariat muss die Neuausrichtung der technischen Kapazitäten an den KPO und dem Geschäftsmodell abschließen und konsolidieren, unter anderem indem es die Finanzierung des Personals auf eine nachhaltige Grundlage stellt. Auf der Leitungsebene sollte gebührende Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, die fachlichen Fortschritte und die in Bezug auf die KPO bestehende Finanzierungssituation zu überwachen und dabei der Zuweisung flexibler Mittel der Organisation zu ihren jeweiligen Outputs Priorität einzuräumen.

Überblick zur Umsetzung

45. Dieser Abschnitt enthält eine für die Leitungsebene bestimmte zusammenfassende Übersicht über die Umsetzung der fachlichen Arbeit sowie der organisatorischen und befähigenden Funktionen. Von den 80 organisationsweit erwarteten Ergebnissen des Programmhaushalts 2012–2013 waren 76 relevant für die Europäische Region der WHO. Davon wurden 50 vollständig und 26 teilweise erreicht (Tabelle 3). Weitere Einzelheiten gehen aus Anhang 2 hervor.

Tabelle 3: Überblick zum Erreichen der im Programmhaushalt 2012–2013 genannten organisationsweit erwarteten Ergebnisse in der Europäischen Region, aufgeschlüsselt nach strategischen Zielen

SO	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Gilt nicht für die Europäische Region
01	5	2		2
02	1	4		1
03	3	3		
04	8			
05	2			
06	5	1		
07	2	3		
08	5	1		
09	6			
10	4	8		1
11	2	1		
12	4			
13	3	3		
Insgesamt	50	26	0	4

SO: strategisches Ziel

46. Die Anlage bietet detailliert Aufschluss darüber, inwieweit diese Indikatoren erreicht wurden, so auch darüber, von welchen Ländern sie gegebenenfalls erreicht wurden. Anhang 3 enthält eine Tabelle, in der die fachliche Umsetzung für jedes Resultat (KPO und weitere

vorrangige Resultate) mit dem jeweiligen Haushalt, den verfügbaren Mitteln und der finanziellen Umsetzung verglichen wird. In der Anlage wird jedes Resultat im Einzelnen beschrieben, etwa in Form der erwarteten Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit, der vom Sekretariat tatsächlich erbrachten Outputs und kurzer Beispiele sowie relevanter Weblinks zum Nachweis der Errungenschaften, der Herausforderungen und der gezogenen Lehren.

Fachliche Umsetzung

Strategisches Ziel 1: Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten

47. In der gesamten Europäischen Region führten die Mitgliedstaaten durch Routine- und Ergänzungsimpfungen eine höhere Immunität der Bevölkerung herbei. Dank nachhaltiger, hochqualitativer Immunisierungs- und Surveillance-Systeme blieb eine endemische Übertragung des Masernvirus in 16 Mitgliedstaaten und des Rötelnvirus in 19 Mitgliedstaaten nachweislich aus, wovon eine Signalwirkung für die Eliminierungsarbeit in der Europäischen Region ausging. Die 2002 in der Europäischen Region erreichte Poliofreiheit wurde aufrechterhalten.

48. Das Regionalbüro ging Partnerschaften ein, um Leishmaniose, invasive Stechmückenarten, wieder auftretende Vektorkrankheiten und durch den Boden übertragene Helminthosen auf regionaler und nationaler Ebene zu bekämpfen. 33 Länder verfügen nun über Laborkapazitäten zum Nachweis von zwei neu aufgetretenen Atemwegsviren, die schwere Erkrankungen beim Menschen verursachen – Corona-Virus MERS-CoV und Vogelgrippe (A/H7N9). Das Regionalbüro unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Systeme zur Überwachung der Antibiotikaresistenz und bei der Ausarbeitung nationaler ressortübergreifender Aktionspläne gegen antimikrobielle Resistenzen.

49. Was die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) betrifft, so wurden die Mitgliedstaaten im Zweijahreszeitraum besser in die Lage versetzt, durch Gesundheitsgefahren bedingte Ereignisse mit Relevanz für die öffentliche Gesundheit (darunter Ereignisse von potenziell internationaler Tragweite) frühzeitig zu erkennen und dagegen vorzugehen, und der Austausch von Informationen über gesundheitsrelevante Ereignisse wurde gestärkt. Im Zeitraum 2012–2013 befassten sich die Mitgliedstaaten mit über 700 gesundheitsrelevanten Ereignissen, darunter mit 90 Ereignissen von potenziell internationaler Tragweite. In allen Fällen zogen die betroffenen Mitgliedstaaten zur Bewältigung der Ereignisse im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) die WHO zurate oder konsultierten die Fachnetzwerke.

Strategisches Ziel 2: Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

50. Zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Themen, mit denen sich die Europäische Region der WHO im Rahmen von SO2 befasst, zählen die Prävention und Bekämpfung von HIV/Aids, Virushepatitis und Tb, insbesondere in ihren MDR- und XDR-Formen, und die Eliminierung der Malaria. Die HIV-Epidemie und die Tuberkuloseepidemie haben sich in den letzten Jahren im östlichen Teil der Region ausgebreitet.

51. Der Grad der Versorgung von HIV-Patienten ist zwar noch immer schlecht, hat sich jedoch zwischen 2010 und 2012 mit einem Anstieg von 23% auf 35% verbessert, und die Daten für 2013 werden wahrscheinlich eine weitere Zunahme der Behandlungen erkennen lassen. Bei der Prävention der HIV-Übertragung von Müttern auf Kinder erreichte die Europäische Region in den 25 Zielländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen einen Versorgungsgrad von 80% und auf diesen Übertragungsweg entfielen 2012 auch nur noch 1% der gemeldeten Neuinfektionen mit HIV. 2013 waren schätzungsweise 13,3 Mio. Erwachsene in der Europäischen Region (1,8%) an Hepatitis B und 15,0 Mio. (2,0%) an Hepatitis C erkrankt. Die Belastung mit HIV-Infektionen, sexuell übertragbaren Infektionen, Virushepatitis und Tb ist

ungleich verteilt und betrifft überwiegend anfällige Bevölkerungsgruppen, die ausgegrenzt sind und deren Verhalten gesellschaftlich stigmatisiert oder kriminalisiert wird.

52. Der Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (M/XDR-Tb) in der Europäischen Region wurde beschleunigt umgesetzt und die meisten darin genannten Meilensteine wurden erreicht. Ein neues molekulares Diagnoseverfahren zum Nachweis von Tb und rifampicinresistenter Tb (als Ersatzgröße für MDR-Tb) in weniger als 100 min wurde vielerorts eingeführt und der Versorgungsgrad für Patienten mit MDR-Tb stieg zwischen 2011 und 2013 von 63% auf 97%. Die Therapieerfolgsquote beträgt bei diesen Patienten jedoch nur 48,5% (was in etwa der globalen Quote entspricht) und liegt damit unter dem Zielwert von 75%, was auf einen Mangel an wirksamen Medikamenten, die geringe Leistungsfähigkeit der Tuberkuloseprogramme und unzulängliche patientenzentrierte Konzepte zurückzuführen ist.

53. Die Zahl der gemeldeten Fälle von autochthoner Malaria ging in der Europäischen Region im Zeitraum 2011–2013 erheblich zurück. Die Eliminierung von Malaria bis 2015 ist weiterhin ein erreichbares Ziel, doch erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass infolge der Einschleppung von Fällen aus Ländern, in denen die Malaria endemisch ist, in derzeit malariefreie Gebieten erneut heimische Übertragungen auftreten. In den Aktionsplänen zu HIV/Aids, M/XDR-Tb und Malaria wird betont, dass der Gesundheitssektor eine zentrale Rolle bei den Gegenmaßnahmen spielt und in Zusammenarbeit mit anderen Sektoren soziale Determinanten und Ungleichheiten angehen muss, was stärkere ressortübergreifende Partnerschaften und eine sinnvolle Einbindung der Zivilgesellschaft erfordert.

Strategisches Ziel 3: *Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen*

54. Die Einführung des globalen Beobachtungssystems für nichtübertragbare Krankheiten wurde im Mai 2013 angenommen. Es orientiert sich an den Zielen und Indikatoren von „Gesundheit 2020“ und wurde im Rahmen von Konsultationen mit einem Höchstmaß an inhaltlichen Beiträgen von Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region erarbeitet. In einer Reihe von Ländern wurden Befragungen nach dem STEPwise-Ansatz der WHO zur epidemiologischen Überwachung durchgeführt und das Paket essenzieller Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten in der primären Gesundheitsversorgung eingesetzt. Von internationalen und subregionalen Tagungen gingen Impulse für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheitsdienste zugunsten der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten aus. Die Europäische Ministerkonferenz über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Dezember 2013 und ihr Ergebnis, die Erklärung von Ashgabat, setzten weitere Orientierungspunkte für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region.

55. Mit dem vom Regionalkomitee 2013 ausgearbeiteten und anschließend verabschiedeten *Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit* wurden die Mitgliedstaaten für die Bedeutung der Anwendung der Grundsätze und Interventionen sensibilisiert, die in dem Plan sowie in anderen WHO-Dokumenten wie dem Aktionsprogramm für psychische Gesundheit (mhGAP) vorgeschlagen wurden: einige Länder nahmen nationale Bewertungen der Herausforderungen und der notwendigen Aktivitäten vor, unter anderem die Konzeption einer nationalen Gesundheitspolitik. Gegenstand einer Konsultation zur Regionalpolitik war ein globaler Aktionsplan für psychische Gesundheit. Die WHO unterstützte die Weiterentwicklung und Nutzung von Sachverstand in Bezug auf die Ermittlung von Problemen in der Leistungserbringung, die verbesserte Fähigkeit zur Bewertung von Resultaten und die Einbeziehung von Patienten und Familien.

56. Zwei Produkte förderten Maßnahmen für Gewalt- und Verletzungsprävention in der Europäischen Region erheblich mit: eine Publikation mit Fakten aus der Europäischen Region samt einem globalen Lagebericht zur Straßenverkehrssicherheit und ein Europäischer Bericht zur Prävention von Kindesmisshandlung. Die Länder erhielten fachliche Unterstützung für Aktivitäten im Zusammenhang mit der Aktionsdekade der Vereinten Nationen für Straßenverkehrssicherheit 2011–2020, etwa zur Erarbeitung einer landesweiten Politik für Straßenverkehrssicherheit und zu ihrer Überzeugungsarbeit für eine stärkere Priorisierung des Themas. Ausgehend von den Ergebnissen der globalen Bestandsaufnahme hielten einige Länder konzeptionelle Workshops ab, auf denen auch Kampagnenarbeit für die Woche der Fußgängersicherheit im Straßenverkehr betrieben wurde. Kompetenzbildungsseminare wurden für Ansprechpersonen in den Gesundheitsministerien der europäischen Länder zur Verletzungsüberwachung sowie für Adressaten in den südosteuropäischen und baltischen Ländern zur Prävention nachteiliger Kindheitserlebnisse und zum Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt ausgerichtet. Zum Thema Verbesserung der Traumaversorgung und Rehabilitation wurden entsprechende Berichte verbreitet. Die Präsentation des Weltberichts Behinderung⁴ war begleitet von Überzeugungsarbeit zur Prävention von Behinderungen und regionale Konsultationen widmeten sich einem globalen Aktionsplan zum Thema Behinderung.

Strategisches Ziel 4: Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

57. Zahlreiche Länder Ost- und Mitteleuropas sind mit der Senkung der Kindersterblichkeit und der Verbesserung der Gesundheit von Müttern gut vorangekommen, wie die Beobachtung der Indikatoren für die Verwirklichung von MZ4 und MZ5 zeigt. Die raschere Verwirklichung dieser MZ war möglich dank neuer oder überarbeiteter Konzepte und Instrumente zur Förderung eines besseren Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder und einer höheren Qualität dieser Dienste. Der Bericht zur Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter, der Daten zu Kindern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in 43 Ländern und Regionen der Europäischen Region und Nordamerikas enthält, ist eine der zehn erfolgreichsten Publikationen der WHO. In enger Zusammenarbeit mit den Kooperationszentren der WHO und dem beim WHO-Hauptbüro angesiedelten Sonderprogramm für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion wurde die Qualität der Sexualerziehung in mehreren Ländern der Europäischen Region verbessert, etwa auch durch Kapazitätsaufbau in der operativen Forschung in Kirgisistan, der Russischen Föderation und Tadschikistan. Infolge begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen beteiligte sich das Regionalbüro in geringerem Umfang an Aktivitäten zum Abbau der unerfüllten Nachfrage nach Familienplanungsleistungen und der Prävention unsicherer Schwangerschaftsabbrüche.

58. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) ist es zu verdanken, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen stärkere Beachtung finden. Eine Auswertung des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO für 2012–2013 ergab, dass 80% dieser Städte nun Initiativen zugunsten eines gesunden Alterns betreiben oder entsprechende Maßnahmen durchführen; als „durchschlagskräftigster“ Aspekt in der Schaffung eines „altersgerechten Umfelds“ wurde am häufigsten die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro genannt.

⁴ World report on disability. Genf. Weltgesundheitsorganisation, 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, eingesehen am 16. April 2014).

Strategisches Ziel 5: Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen

59. Im Einklang mit der Resolution WHA64.10 über die Stärkung der nationalen Kapazitäten für gesundheitliche Notlagen und Katastrophenmanagement und der Belastbarkeit der Gesundheitssysteme verfolgte das Regionalbüro einen gefahrenübergreifenden Ansatz zur besseren Vorbereitung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region und veröffentlichte ein Instrumentarium zur Bewertung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme für das Krisenmanagement. Zwar kommt dem Aufbau nachhaltiger Kapazitäten für das Notfall- und Risikomanagement in krisenanfälligen Ländern ein hoher Stellenwert zu, doch ist die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für die Notfallvorsorge und -bewältigung aufgrund der Finanzkrise und entsprechender Sparmaßnahmen schwierig. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die ärmsten und schwächsten Bevölkerungsgruppen tendenziell am stärksten von Katastrophen und Gesundheitskrisen betroffen sind.

60. Für ein wirksames Reaktionssystem ist es erforderlich, dass Regierungen, internationale Organisationen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft und andere Partnern eng zusammenarbeiten. Das Regionalbüro fördert Partnerschaften zur Stärkung der Reaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens und wirkt in enger Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und mit der Europäischen Kommission darauf hin, die Vorbereitung auf Notlagen, das Risikomanagement und die Reaktionsfähigkeit im Gesundheitswesen in der gesamten Europäischen Region zu verbessern und auf diese Weise die Reaktionsfähigkeit der WHO in dem von den Mitgliedstaaten durch Resolution WHA65.20 über Reaktion und Funktion der WHO im Themenbereich Gesundheit in Bezug auf den wachsenden Gesundheitsbedarf in humanitären Notsituationen⁵ gebilligten Rahmen zu stärken.

61. Zu den weiteren Partnern zählt die Agentur für Gesundheitsschutz des Vereinigten Königreichs („Health Protection Agency“), die als Kooperationszentrum im Bereich der Vorbereitung auf Massenveranstaltungen und Extremereignisse der WHO zur Seite steht, die Länder beim Ausbau der Kapazitäten ihrer Gesundheitswesen zu unterstützen. Fachliche Unterstützung wird zur Verbesserung der Bereitschaftsplanung und zur Durchführung von Bewertungen gewährt: Mit der Bereitstellung von Instrumenten und der Entsendung internationaler Experten soll den potenziellen Folgen solcher Ereignisse für die öffentliche Gesundheit vorgebeugt oder darauf reagiert werden, auch im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005).

62. In Zusammenarbeit mit den Partnern richtete das Regionalbüro Mechanismen zur Mobilisierung eines Netzwerks internationaler Experten für die Reaktion auf Notlagen ein. Die Schaffung einer gemeinsamen regionalen Grundlage für die Mobilisierung internationaler Fachkräfte und Ressourcen wird zu einer Optimierung der Notfallvorsorge und künftiger Kriseneinsätze führen. Konsolidiert werden diese Maßnahmen mit der vom RC63 durch Beschluss EUR/RC63(2) gebilligten „Einrichtung eines ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei“.

⁵ Emergency response framework (ERF). Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2013 (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>, eingesehen am 16. April 2014).

Strategisches Ziel 6: Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind

63. Seit der Billigung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)⁶ sind immer mehr Länder mit der Ausarbeitung oder Umgestaltung ihrer Alkoholpolitik befasst. Von den 53 Mitgliedstaaten, die dem Sekretariat bis April 2013 Informationen vorgelegt hatten, verfügen 37 über eine schriftlich formulierte nationale Alkoholpolitik und 20 aktualisieren ihre Konzepte derzeit. Von den 16 Staaten, die noch über keine nationale Politik verfügen, sind zehn im Begriff, eine solche zu entwickeln. Seit 2012 haben zehn Mitgliedstaaten eine neue Alkoholpolitik angenommen, die auf einer Linie mit dem Europäischen Aktionsplan liegt.

64. Ausgehend von den strategischen Ausrichtungen von „Gesundheit 2020“ (mehr Chancengleichheit und bessere Politiksteuerung) verabschiedeten die Mitgliedstaaten einen neuen Politikrahmen zum Thema Fettleibigkeit (Erklärung von Wien). 35 Länder beteiligen sich an der WHO-Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter und 49 Länder haben die Datenbank für Ernährung, Adipositas und körperliche Betätigung (NOPA) der Europäischen Region mit aktuellen Daten versehen, unter anderem auch in Bezug auf die epidemiologischen und konzeptionellen Entwicklungen. Mit politischer und fachlicher Unterstützung seitens des Regionalbüros wurde das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs von drei weiteren Ländern der Region ratifiziert – Tadschikistan, der Tschechischen Republik und Usbekistan – sodass die Zahl der Vertragsparteien in der Region nun auf insgesamt 50 angestiegen ist. Der fachlichen Unterstützung des Regionalbüros ist es ferner zu verdanken, dass weitere Länder der Region rauchfrei wurden und die Bewerbung, die Verkaufsförderung und das Sponsoring von Tabakerzeugnissen verboten, Tabaksteuern erhöhten und bildliche Warnhinweise einführten. Mehrere Länder verschärften ihre gesetzlichen Bestimmungen und ihre Konzepte zum Tabakkonsum erheblich. Eine bestehende Datenbank für Anti-Tabak-Maßnahmen wurde mit frischen, aktuellen Informationen neu aufgelegt als Instrument für die Politikgestaltung in der Europäischen Region. Der Sachstandsbericht 2013 zur Bekämpfung des Tabakkonsums in der Europäischen Region⁷ wurde während der Ministerkonferenz zum Thema nichtübertragbare Krankheiten vorgestellt und soll den Kurs für die künftige Tätigkeit zugunsten eines tabakfreien Europas vorgeben. Orientierungshilfe wurde zur Anwendung der Leitlinien der Europäischen Region für Sexualerziehung (2010 und 2013) gegeben, die als Auslöser für die Einführung und Überarbeitung der Sexualerziehung in Schulen in Deutschland, Estland, Finnland, Kirgisistan, den Niederlanden, der Schweiz und Turkmenistan und eine engere Zusammenarbeit zwischen den Sektoren Bildung und Gesundheit dienten.

⁶ Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, eingesehen am 16. April 2014).

⁷ Sachstandsbericht 2013 zur Bekämpfung des Tabakkonsums in der Europäischen Region. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2013/who-european-tobacco-control-status-report-2013>, eingesehen am 16. April 2014).

Strategisches Ziel 7: Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten

65. Der Zweijahreszeitraum 2012–2013 stellte einen Wendepunkt dar: Investitionen, Forschung und fachliche Hilfe zur Verwirklichung dieses strategischen Ziels wurden mit der Verona-Initiative in die Wege geleitet, behielten ihre Dynamik bei, indem sich die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit und später die WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit mit dieser Thematik befassten und mündeten schließlich in die Veröffentlichung der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region⁸ sowie des auf dem RC62 in Malta von allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region gebilligten Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden⁹. Die Ziele von „Gesundheit 2020“ bilden nun einen integralen Bestandteil aller Programme des Regionalbüros und 2013 wurden Länder erstmals nach diesem Konzept unterstützt. Die Gesundheits- und Wirtschaftsminister von sieben Ländern erkannten in der Wachstumsstrategie für den Westlichen Balkan „Südosteuropa 2020“ formell Ziele und Indikatoren zur Verbesserung der Gesundheitssituation als eine Möglichkeit an, die Vorgaben für inklusives Wachstum zu erreichen. Damit fand die Verbesserung der Gesundheitssituation durch die Bewältigung der sozialen Determinanten und den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte erstmals formell Berücksichtigung als Schlüsselbereich und Indikator für wirtschaftliches Wachstum im Westbalkan.

66. Im Rahmen eines 2013 eingeleiteten Projekts zu Migration und öffentlicher Gesundheit wurden die Kapazitäten des Gesundheitssektors für die Bewältigung des großen Zustroms von Migranten in den Mittelmeerländern bewertet, die am stärksten von dem Phänomen betroffen sind. Nach einer gemeinsamen Bewertung durch WHO und die zuständigen italienischen Ministerien kündigte die Region Sizilien die Erarbeitung eines Notfallplans für Gesundheit und Migration auf der Grundlage der bei der Bewertung abgegebenen Empfehlungen an. 2012–2013 konnte in fruchtbarer Zusammenarbeit mit den WHO-Kooperationszentren ein Programm zur Förderung der Gesundheit von Roma aufgelegt werden, mit dem wichtige Etappenziele bereits erreicht wurden.

67. Die Aspekte Gleichstellung, Menschenrechte und Chancengleichheit wurden durchgängig in die Tätigkeit des Regionalbüros und den Prozess „Gesundheit 2020“ integriert, und zwar durch Kapazitätsaufbau und Unterstützung für einen unter Federführung des WHO-Hauptbüros konzipierten Rechenschaftsmechanismus (ein büroweiter Aktionsplan, der mit umfassenden Beiträgen des Regionalbüros erstellt wurde). Nachdem „Gesundheit 2020“ vom Gesunde-Städte-Netzwerk der WHO und dem Verbund Regionen für Gesundheit gebilligt wurde, kann die Umsetzung nun auf allen staatlichen Ebenen erfolgen.

⁸ *Untersuchung zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO: Abschlussbericht*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, eingesehen am Mittwoch, 16. April 2014).

⁹ *Gesundheit 2020 – Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, eingesehen am 16. April 2014).

Strategisches Ziel 8: Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen

68. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region kamen bei der Bewältigung der umweltbedingten Determinanten von Gesundheit voran, indem sie die Steuerung des Prozesses Umwelt und Gesundheit aktiv betrieben und sich am Kapazitätsaufbau zur Mehrung des Wissens über die Wechselwirkung zwischen Umwelt- und Gesundheitsrisiken beteiligten. Diese Erfolge tragen zur Verminderung der Belastung der Allgemeinbevölkerung sowie anfälliger und sozioökonomisch benachteiligter Gruppen durch Risikofaktoren bei, die in verschiedenen Umgebungen, darunter dem Arbeitsplatz, und in der Umwelt (Luft, Nahrungsmittel, Boden, Wasser und physikalische Einwirkungen wie Lärm sowie ionisierende und nichtionisierende Strahlung), unter anderem auch in (anthropogenen oder natürlichen) Notsituationen, auftreten.

69. Gestützt auf die erweiterte Kapazität und Kompetenz des Regionalbüros, die in erster Linie der Konsolidierung des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit in Bonn zu verdanken war, konnte den Mitgliedstaaten, Partnern und Akteuren intensive fachliche Hilfe bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus der Erklärung von Parma zu Umwelt und Gesundheit zuteil werden. Mehr als 30 Mitgliedstaaten erhielten unmittelbare Fachunterstützung von der WHO und alle 53 Mitgliedstaaten beteiligten sich aktiv an länderübergreifenden Maßnahmen. In enger Zusammenarbeit mit den WHO-Kooperationszentren, Partnern und Experten aus der gesamten Europäischen Region wurden neue und aktualisierte Instrumente für die Bewertung umwelt- und berufsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Leitlinien entwickelt, die als Orientierungshilfe für angemessene, wirksame Maßnahmen und Interventionen im Zusammenhang mit umweltbedingten Determinanten von Gesundheit dienen sollen. Ferner wurden neue Netzwerke für Chemikaliensicherheit, Ungerechtigkeiten im Bereich Umwelt und Gesundheit und die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels begründet, um Wissenschaftler für eine effektivere Unterstützung der fachlichen Arbeit der WHO zu gewinnen und den Mitgliedstaaten neue Plattformen für den Informationsaustausch, die Stärkung der Kapazitäten und Hilfe bei der Erfüllung der Verpflichtungen auf nationaler Ebene zu bieten.

70. Die WHO leistete weiter aktive Unterstützung bei der Durchführung wichtiger multilateraler Umweltabkommen und -programme (wie des Protokolls über Wasser und Gesundheit, des Paneuropäischen Programms für Verkehr, Gesundheit und Umwelt sowie des Übereinkommens über weiträumige grenzüberschreitende Luftverunreinigung) und bewirkte Synergien mit parallelen und ergänzenden Mechanismen für die Verfolgung der Ziele der Erklärung von Parma. Die enge Zusammenarbeit mit anderen Programmen und Sonderorganisationen der Vereinten Nationen (Erährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen, Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, Umweltprogramm der Vereinten Nationen, Weltorganisation für Meteorologie), mit Institutionen und Behörden der Europäischen Union (mehreren Generaldirektionen der Europäischen Kommission, der Europäischen Umweltagentur, der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit, dem Europäischen Parlament) sowie mit anderen Partnern wurde fortgeführt.

Strategisches Ziel 9: Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

71. Das Sekretariat unterstützte die Kompetenzbildung im Bereich Lebensmittelsicherheit in südosteuropäischen Ländern und zentralasiatischen Republiken und förderte das Bewusstsein und Verständnis für Lebensmittelsicherheit, insbesondere im Hinblick auf die Arbeit der Codex-Alimentarius-Kommission und darauf, wie die Länder Notlagen in diesem Bereich besser

erkennen und effiziente Gegenmaßnahmen treffen können. In Albanien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Rumänien, Serbien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan wurden die Systeme für die Überwachung, Prävention und Bekämpfung lebensmittelbedingter Krankheiten gestärkt. Dabei lag der Schwerpunkt auf Mechanismen für die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen den Sektoren und auf der Bedeutung eines die gesamte Nahrungskette erfassenden Ansatzes. Die Länder erhielten fachliche Unterstützung bei Notlagen im Bereich Lebensmittelsicherheit und in Albanien wurde ein auf vier Jahre (2009–2013) angelegtes Projekt zur Förderung der Lebensmittelsicherheit abgeschlossen. Sowohl bei der Programmumsetzung im Bereich Lebensmittelsicherheit durch die WHO als auch bei der Aufnahme durch die Mitgliedstaaten gilt es vor allem, eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Sektoren Gesundheit, Landwirtschaft und Veterinärwesen zu gewährleisten, die von entscheidender Bedeutung für eine kostenwirksame Prävention und Bekämpfung lebensmittelbedingter Erkrankungen ist.

72. In den Mitgliedstaaten wurden Strategien gegen Unter- wie Überernährung erarbeitet, umgesetzt und evaluiert. In den Ländern der Region, die in erheblichem Maß von Mangelernährung betroffen sind, wurden Mechanismen zur Koordinierung internationaler Organisationen und nationaler Behörden geschaffen. Neue Instrumente wurden entwickelt, die die Anwendung und Evaluierung innovativer ernährungspolitischer Konzepte, etwa sogenannte gesunde Essenskörbe und Initiativen zur eGesundheit, erleichtern und so die Überwachung der Ernährung fördern sollen. Mechanismen für die Überwachung der Ernährung (Nut-PAT), insbesondere bei Kindern, wurden weiterentwickelt und ausgebaut. Zur Bewertung ernährungspolitischer Konzepte wurden vorläufige Indikatoren erarbeitet. Unterstützung wurde zugunsten wissenschaftlicher und konzeptioneller Beiträge für Aktionsnetzwerke im Ernährungsbereich, insbesondere das European Salt Action Network, das sich der Senkung des Salzkonsums widmet, und für die Einschränkung der an Kinder gerichteten Lebensmittelwerbung gewährt. Angebote zur Kompetenzbildung für Gesundheitspersonal und Empfehlungen zum Stillen, zum Stillen mit Beikost und zur Ernährung von Säuglingen wurden bereitgestellt, insbesondere in zentralasiatischen Ländern.

Strategisches Ziel 10: Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

73. Das Regionalbüro organisierte oder unterstützte drei hochrangige Veranstaltungen mit folgenden Themen: „Folgen der Krise für Gesundheit und Gesundheitssysteme“, „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von ‚Gesundheit 2020‘“ anlässlich des fünften Jahrestags der Charta von Tallinn und „Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung“. Im Rahmen der beiden abteilungsübergreifenden, von der Organisation prioritär behandelten Programme, die auf dem operativen Ansatz zur Stärkung der Gesundheitssysteme beruhen – für eine bessere Prävention und Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb und für eine bessere Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten – wurden konkrete Outputs auf interregionaler und nationaler Ebene in Form von Positionspapieren, Leitfäden für die Länderbewertung und einzelnen Länderbewertungen erbracht.

74. Neue wichtige Politikinitiativen, die im Kontext der WHO-Reform eingeleitet wurden, sind ein Europäischer Handlungsrahmen für die bürgernahe abgestimmte oder integrierte Gesundheitsversorgung und die grundlegende Veränderung und Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften (an der Schnittstelle von Gesundheit, Bildung, Wissenschaft und Zivilgesellschaft). In Barcelona wurde ein Flaggschiff-Lehrgang zur Stärkung der Gesundheitssysteme mit Hauptaugenmerk auf der allgemeinen Gesundheitsversorgung zugunsten einer besseren Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten

ausgerichtet und eine Schulung zum Thema Gesundheitsfinanzierung abgehalten. Auf einer Tagung der erweiterten Fachgruppe wurde ein Fahrplan für die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans der WHO zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit gebilligt, der zur rascheren Umsetzung auf nationaler und subregionaler Ebene mit Schwerpunkt auf den Arbeitskräften im öffentlichen Gesundheitswesen führte.

75. Die Mitgliedstaaten greifen zunehmend auf Evidenz als wichtigen Bestandteil der Politikgestaltung zurück und fordern empirische Erkenntnisse über ihre eigenen und andere Gesundheitssysteme sowie über grundsatzpolitische Herausforderungen vorausschauend an (Reihe Gesundheitssysteme im Wandel (HiT), Studien, Kurzdarstellungen). Sie nutzen die sich bietenden Möglichkeiten, Vergleiche anzustellen und aus Erfahrungen zu lernen, indem sie zum Grundsatzdialog aufrufen, politikrelevante Kurzdarstellungen anfordern und im „Health Systems and Policy Monitor“, einer Plattform zur Beobachtung von Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik, mitarbeiten. Auch wenn nach wie vor Herausforderungen in Bezug darauf bestehen, die Evidenz in einem zugänglichen und aktuellen Format zu bündeln und dafür zu sorgen, dass die Gesundheitsministerien diese Erkenntnisse in der breiteren Debatte auf Staatsebene geltend machen, wurden beträchtliche Fortschritte erzielt.

76. Der *Europäische Gesundheitsbericht 2012*¹⁰ stieß bei seiner Präsentation auf großes Interesse in den Medien und wurde 2013 zur am häufigsten heruntergeladenen und angeforderten Veröffentlichung des Regionalbüros. Nach Abschluss der Arbeit an den Indikatoren für „Gesundheit 2020“ und dem dazugehörigen Kontrollrahmen wurden diese 2013 vom Regionalkomitee angenommen. Das erste Herbstseminar zum Thema Gesundheitsinformationen und Evidenz für die Politikgestaltung wurde im Oktober 2013 in der Türkei mit Vertretern von 16 Mitgliedstaaten abgehalten und fand so großen Anklang, dass einige Mitgliedstaaten darum baten, das Seminar zu jährlich zu wiederholen. 15 Länder, vor allem in Zentralasien und Osteuropa, erhielten fachliche Unterstützung bei der Bewertung und Verbesserung der Gesundheitsinformationen. Die Datenbank „Gesundheit für alle“ wurde weiter aktualisiert: Über 90% der Länder beantworteten Datenerhebungen und die gemeinsame Datenerhebung mit Eurostat und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wurde auf Aktivitäten im Bereich Gesundheitsversorgung ausgeweitet, um die Erarbeitung von Indikatoren für die Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

77. Die Länder erhielten erweiterte Unterstützung bei der Entwicklung nationaler Strategien für eGesundheit und bei der Ermittlung von Informations-, Kommunikations- und Technologielösungen für die Verbesserung des Gesundheitsmanagements und die Erarbeitung von Kompatibilitätsstandards. Ein neues regionales Netzwerk für Wissensumsetzung, das EVIPNet der WHO (Evidence-Informed Policy Network) für die Europäische Region, wurde im Oktober 2012 in Betrieb genommen. Zurzeit sind 13 Mitgliedstaaten daran beteiligt. Ferner wurde die Initiative für Gesundheitsinformationen für Europa eingeleitet, mit der ein einheitliches integriertes Gesundheitsinformationssystem für Europa geschaffen werden soll. Der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung, der die Regionaldirektorin berät, hielt zwei Tagungen ab.

Strategisches Ziel 11: Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung

78. Zu den wichtigsten Errungenschaften zählen der Austausch von Erkenntnissen über vorbildliche Praktiken für die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung des Zugangs zu

¹⁰ Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 <http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/european-health-report-2012> eingesehen am 16. April 2014).

unentbehrlichen, hochwertigen Arzneimitteln, die Förderung der Anwendung solcher Praktiken und die Schulung einschlägiger nationaler Partner darin. In den meisten Mitgliedstaaten wurde eine Zusammenarbeit mit Behörden und maßgeblichen Akteuren in drei wichtigen Bereichen begonnen. Erstens die Förderung des rationellen Gebrauchs von Arzneimitteln, darunter Antibiotika, mit folgenden Aktivitäten: die Einrichtung eines Netzwerks für die umsichtige Verwendung von Antibiotika, ein Pilotprojekt zur Überwachung des Antibiotikagebrauchs in Nicht-EU-Ländern, ein Schulungsseminar zur Überwachung und Evaluierung, Vorhersage und Quantifizierung bei neuen Antituberkulotika sowie Länderbewertungen in Kirgisistan, der Republik Moldau, Tadschikistan und Ungarn in Bezug auf den Zugang zu Medikamenten für die Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten im Rahmen einer allgemeinen Einschätzung der Herausforderungen und Fortschritte beim Umgang mit nichtübertragbaren Krankheiten. Zweitens die Regulierung medizinischer Produkte in den Ländern, in denen die Kapazitäten und die Zusammenarbeit mit anderen Ländern gestärkt wurden, etwa in Fällen, in denen das Kooperationsverfahren für die Präqualifikation eingeleitet wurde, um eine leichtere und raschere nationale Registrierung von Produkten zu ermöglichen, die bereits im Rahmen des Programms der WHO für die Präqualifikation von Arzneimitteln eine Bewertung und Präqualifikation erhielten. Daran nahmen drei Länder teil (Georgien, Kirgisistan und Ukraine). Drittens anhaltende Unterstützung der Netzwerke für die Preisgestaltung und Kostenerstattung und für eine rationelle Verschreibungspraxis.

Umsetzung der Leitungs- und Stützfunktionen

Strategisches Ziel 12: Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, den Vereinten Nationen und weiteren Akteuren, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden

79. Die Reform der WHO machte im Zeitraum 2012–2013 signifikante Fortschritte. Einige Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der haben hierzu wertvolle Beiträge geleistet und sich während der Tagungen der leitenden Organe auf globaler Ebene in engem Austausch mit dem Sekretariat befunden. Auf den zwei Tagungen des Regionalkomitees im Zweijahreszeitraum wurden 19 Resolutionen verabschiedet und vier Beschlüsse gefasst. Die meisten Resolutionen thematisierten Konzepte und Instrumente für Entscheidungsträger und die Unterstützung der Mitgliedstaaten durch die WHO in Fragen von besonderem Interesse für die Region. Das wachsende Interesse der Mitgliedstaaten und Partner offenbarte sich an den großen Teilnehmerzahlen und insbesondere der Teilnahme hochrangiger Vertreter an beiden Veranstaltungen.

80. Die erste Länder-Kooperationsstrategie wurde mit der Schweiz unterzeichnet und Vorentwürfe für Strategien mit Belgien, der Russischen Föderation und Zypern geschrieben. Synergie und Kohärenz der Konzepte und Strategien der WHO im Verhältnis zu denen anderer Gesundheitspartnern in der Europäischen Region wurden durch weitsichtiges Engagement, gemeinsame Initiativen und aktive Beteiligung an Treffen des Koordinierungsmechanismus für die Vereinten Nationen sowie der Regionaldirektoren in der Region erreicht. Mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wurde 2012 und mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen 2013 jeweils eine neue Vereinbarung unterzeichnet. Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Union (EU) wurde durch aktives Engagement mit der Europäischen Kommission und ihren Agenturen sowie verstärkte Beziehungen zur EU-Ratspräsidentschaft ausgeweitet.

81. Die Präsenz des Regionalbüros in den traditionellen und den sozialen Medien wurde ausgebaut, was zu erhöhtem Bewusstsein von seiner Arbeit in den Mitgliedstaaten und einem besseren Verständnis interessierter Akteure von den Aufgaben, Dringlichkeiten und zentralen

Botschaften der WHO führt. Den Internet-Nutzern und Lesern bietet sich jetzt ein reichhaltigeres Online-Erlebnis mit einer breiteren Auswahl von Kommunikationsmitteln, größeren Möglichkeiten zum Austausch mit Fachleuten der WHO und einer visuell ansprechender gestalteten, bedarfsgerechten Website mit relevanten, aktuellen und präzisen Informationen. Dies hat die Nachfrage für Inhalte und Angebote im Internet durch externe Leser, Partner und Fachleute spürbar erhöht. Die durchschnittlichen monatlichen Besucherzahlen der Website sind im Zweijahreszeitraum 2012–2013 im Vergleich zu 2010–2012 um 22% und zwischen 2012 und 2013 um 18% gestiegen.

Strategisches Ziel 13: Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann

82. Im Zeitraum 2012–2013 wurde einiges erreicht. Das Regionalbüro zog zum UN-City-Kampus der Vereinten Nationen in Kopenhagen und gab die zuvor benutzten Gebäude nach über 60 Jahren an den dänischen Staat zurück. Das Regionalbüro für Europa ist das einzige Regionalbüro der WHO, das alle länger zurückliegenden Empfehlungen aus Rechnungsprüfungen umgesetzt hat und der Anteil der Verträge mit einem einzigen Bieter wurde von 66% auf 13% gesenkt. Signifikante Fortschritte wurden in der Handhabung des Anlagevermögens erzielt: ca. 65% der Werte wurden in voller Übereinstimmung mit den Internationalen Rechnungslegungsstandards für den öffentlichen Sektor neu gekennzeichnet. Am Sitz des Regionalbüros und in allen Länderbüros wurde mit Erfolg ein digitales Ausgabemeldesystem eingeführt, das mühsame manuelle Eingaben überflüssig macht und so zu mehr Effizienz beiträgt.

83. In UN-City in Kopenhagen (Dänemark) wurden zwischen April und Dezember 2013 über 800 Konferenzen und Zusammenkünfte abgehalten, darunter zwei Begegnungen mit dem Generalsekretär der Vereinten Nationen; außerdem organisierte das Regionalbüro im Zweijahreszeitraum zwei Tagungen des Regionalkomitees und vier hochrangige Ministerkonferenzen.

84. Die Verwaltung wurde gestrafft durch regelmäßige Qualitätsberichte und die Einsetzung einer Gruppe zur Weiterverfolgung und Umsetzung von Entscheidungen der Leitungsebene. Mit einem schlankeren Personalplan für 2014–2015 sollten gleichzeitig die fachliche Kapazität erhöht und die finanzielle Nachhaltigkeit der Personalpolitik gesichert werden. Achtzehn Stellen im allgemeinen Dienst und zwölf Stellen im mittleren und gehobenen Dienst wurden gestrichen. Der Abbau im allgemeinen Dienst wurde durch das Angebot von Abfindungen bei freiwilligem Ausscheiden erleichtert. Die Vorlaufzeit für Neueinstellungen wurde erheblich verkürzt.

Überblick über die finanzielle Umsetzung

Umsetzung nach Segment und strategischem Ziel

85. Einzelheiten zur finanziellen Umsetzung sind grafisch in Anhang 4 dargestellt. Ausgewählte Aspekte werden hier beschrieben.

86. Die finanzielle Lage war im Zweijahreszeitraum 2012–2013 günstig für die Region. Die Finanzierung des von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten Budgets (alle Sektionen) war zu 104%, der Basisprogramme zu 103%, der Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen zu 204% und des Ausbruch- und Krisenmanagements zu 13% gesichert (Anhang 4, Grafik 1). Die scheinbare Überfinanzierung der Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen geht auf einen Fehler im Originalentwurf des Programmhaushalts zurück, welcher der Weltgesundheitsversammlung vorgelegt worden war, und in dem das Budget für diese Sektion irrtümlich halbiert worden war. Die scheinbare Unterfinanzierung des Ausbruch- und Krisenmanagements war dem glücklichen

Umstand geschuldet, dass die Region im betreffenden Zweijahreszeitraum keine größeren Ausbrüche oder Krisen erlebte. Die Anwendung der verfügbaren Ressourcen war in allen drei Sektionen mit 91–93% sehr hoch.

87. Das Gesamtbild verdeckt jedoch Schwankungen in der Finanzierung nach SO, wo einerseits SO1 zu 143%, SO7 zu 138% und SO8 zu 128% des genehmigten Haushalts gegenfinanziert waren, im Vergleich zu SO4, SO6 und SO9 mit nur 74%, 63% bzw. 52% (Anhang 4, Grafik 3). Die Anwendung der verfügbaren Ressourcen überstieg 90% in allen SO mit Ausnahme von SO3, wo verspätet eintreffende Mittel zu einer Verzögerung in der Umsetzung führten.

88. Insgesamt entfielen 61% auf Personalkosten und 39% auf Aktivitäten, wobei 90% der zentralen freiwilligen Beiträge (core voluntary contributions) und 80% der ordentlichen Beiträge, jedoch nur 46% der übrigen freiwilligen Beiträge für Personalkosten aufgewendet wurden (Anhang 4, Grafik 10. Siehe auch unter „Analyse der Ressourcen“). Von den Aktivitäten fällt der größte Posten auf allgemeine Vertragsleistungen, gefolgt von Reisekosten und allgemeinen Betriebskosten (Anhang 4, Grafik 11).

Umsetzung nach Art der Erbringung

89. Wie im Abschnitt Hintergrund und Zusammenhang bemerkt, führt das hohe Maß an Sachverstand in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region dazu, dass das Regionalbüro seine Programme auf drei Ebenen durchführt: länderübergreifend, multilateral und länderspezifisch.

90. Die Gehälter sämtlicher Bediensteter des Regionalbüros mitsamt Außenstellen werden anfangs auf länderübergreifender Ebene verrechnet, auch wenn ein Teil der Arbeitszeit nur für bestimmte Länder verplant ist. Nur direkt im Land eingesetztes Personal wird unmittelbar für das Land abgerechnet. Dies wird aus Säule „Umsetzung roh“ in Tabelle 4 ersichtlich, wonach 71% der finanziellen Umsetzung auf länderübergreifender Ebene anfallen. Erst wenn die Verteilung der Arbeitszeit eines Bediensteten bekannt ist, wird dies in der Buchführung korrigiert. Korrigierte Daten gehen aus den letzten drei Säulen in Tabelle 3 hervor, wonach 64% der Umsetzung auf länderübergreifender Ebene erfolgt ist. Diese Korrektur erfolgt über eine „Verrechnung“ und ergibt vermutlich ein präziseres Bild der wirklichen Lage als früher verwendete Methoden.

Tabelle 4: Umsetzung nach Art der Erbringung, roh und korrigiert gemäß Arbeitsleistung der Bediensteten [1000 US-\$]

SO	Umsetzung roh			Umsetzung korrigiert		
	Länder-spezifisch	Länder-programm	Länder-programm insgesamt	Länder-spezifisch	Länder-programm	Länder-programm insgesamt
01	8 460	20 248	71%	10 645	18 063	63%
02	8 718	11 547	57%	10 457	9 808	48%
03	8 174	5 529	40%	9 619	4 084	30%
04	3 339	4 231	56%	4 067	3 503	46%
05	2 311	2 778	55%	2 706	2 383	47%
06	2 447	6 342	72%	3 647	5 143	59%
07	645	6 939	91%	1 913	5 671	75%
08	2 138	15 519	88%	2 710	14 947	85%
09	1 142	1 962	63%	1 451	1 654	53%
10	5 841	27 883	83%	9 334	24 389	72%

11	1 099	3 217	75%	2 078	2 239	52%
12	11 508	22 638	66%	11 508	22 638	66%
13	4 277	17 271	80%	4 274	17 274	80%
Insgesamt	60 101	146 104	71%	74 410	131 795	64%

ICP, Länderprogramm

Umsetzung nach Personalkosten und Aktivitäten

91. Die Personalkosten machen insgesamt 56% der Ausgaben für fachbezogene SO (SO1–SO11) aus, wobei der prozentuale Anteil jedoch zwischen 46% für SO1 und 70% für SO7 schwimmt (Tabelle 5). Diese Schwankungen spiegeln unterschiedliche Arbeitsgegenstände, Herangehensweisen an das Geschäftsmodell des Regionalbüros und Effizienzgrade wider.

92. Im gesamten Zweijahreszeitraum 2012–2013 erwies sich die Finanzierung der Personalkosten als schwierig und erforderte eine aufwändige, kleinteilige Handhabung finanzieller und personeller Ressourcen und in Ausnahmefällen den Einsatz von Betriebsmitteln zur Schließung von Finanzierungslücken für Gehälter und Abfindungen.

Tabelle 5: Ausgaben für Personal und Aktivitäten nach SO [1000 US-\$]

SO	Aktivitäten		Personal		Insgesamt
	Umsetzung	% der Gesamtausgaben	Umsetzung	% der Gesamtausgaben	
1	15 610	54%	13 098	46%	28 708
2	8 925	44%	11 340	56%	20 265
3	7 360	54%	6 343	46%	13 703
4	3 408	45%	4 162	55%	7 570
5	1 955	38%	3 136	62%	5 090
6	4 338	49%	4 452	51%	8 790
7	2 238	30%	5 346	70%	7 584
8	5 836	33%	11 821	67%	17 656
9	1 020	33%	2 084	67%	3 105
10	12 910	38%	20 813	62%	33 723
11	1 980	46%	2 337	54%	4 317
SO1–SO11	65 579	44%	84 932	56%	150 511
12	4 809	14%	9 337	86%	34 146
13	9 014	42%	12 534	58%	21 548
Insgesamt	79 401	39%	126 803	61%	206 205

93. Die Anzahl der kontinuierlichen Beschäftigungsverhältnisse stieg infolge der automatischen Gewährung dieser Vertragsform nach fünf Jahren ununterbrochener Beschäftigung mit befristeten Verträgen (Tabelle 6). Im Zuge der Reform der WHO wurde dieser Automatismus beendet und die Zahl der kontinuierlichen Beschäftigungsverhältnisse wird mit dem natürlichen Ausscheiden von Personal wieder sinken. Die Zahl der befristeten und temporären Verträge wurde im Zweijahreszeitraum erheblich reduziert, indem Stellen nicht wieder besetzt, Abfindungen angeboten und Anwerbungen hinausgezögert wurden.

Tabelle 6: Entwicklung des Personalstandes und der Vertragsarten, 2012–2013

Vertragsart	Dezember 2011	Dezember 2013	Veränderung
Kontinuierlich	242	296	54
Befristet	288	160	-128
Temporär	47	23	-24
Gesamtpersonalstand	577	479	-98

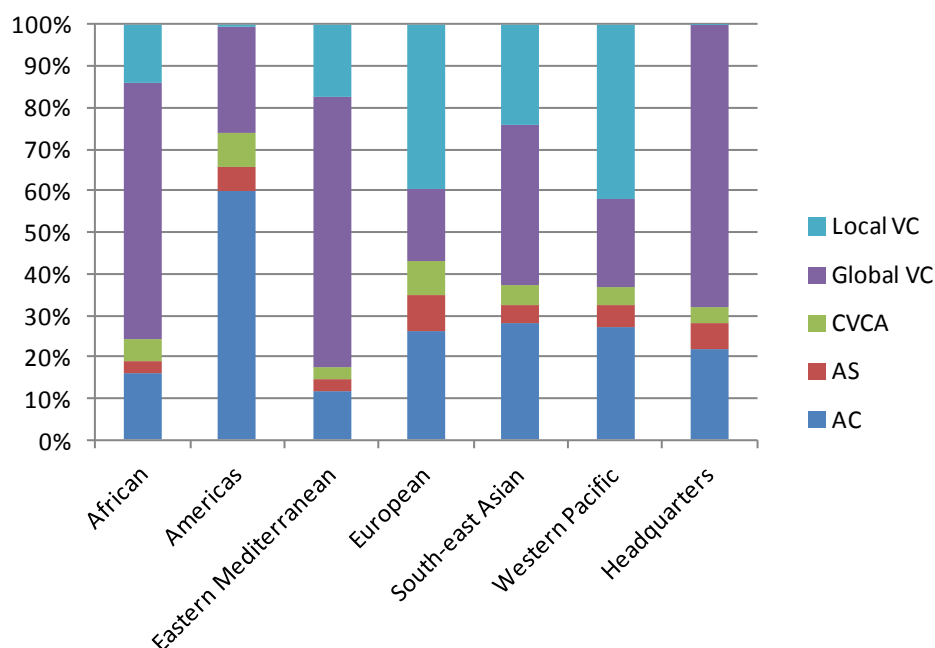
94. Zwar wurde der Abbau von fast 100 Stellen durch finanzielle Engpässe veranlasst, doch spiegelt sich darin auch das neue Geschäftsmodell und der allgemeine Wille zu mehr Effizienz wider. Eine verzögerte Besetzung zentraler Stellen beeinträchtigt allerdings die Leistungsfähigkeit des Regionalbüros. Doch wenn sich die finanzielle Lage nicht bessert, werden weitere Anpassungen erforderlich sein, um die Kapazitäten gemäß den Prioritäten anzupassen.

Analyse der Ressourcen

95. Die Finanzierungsmuster der größeren WHO-Büros unterscheiden sich beträchtlich (Abb. 2). Die Regionalbüros für Europa und den Westlichen Pazifikraum sind in viel größerem Umfang auf freiwillige Beiträge angewiesen – 39% bzw. 42% – als die übrigen großen Büros. Eine vollständige Liste der Finanzierungsquellen (lokal und global) ist in Anhang 5 wiedergegeben. Das Regionalbüro für Gesamtamerika ist ein Sonderfall, weil fast sämtliche lokal aufgebracht Beiträge nur im Haushalt der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation erscheinen, nicht aber in den Büchern der WHO.

96. Das Regionalbüro für Europa wird zu einem größeren Teil aus zentralen freiwilligen Beiträgen und Programmunterstützung finanziert als jedes andere große Büro. Dies ist zum Teil auf den Erhalt von Betriebsmitteln für die Überbrückung von Engpässen durch Gehaltskosten und Abfindungen zurückzuführen, die im vorangegangenen Abschnitt erläutert wurden.

Abb. 2: Finanzierungsmuster größerer Büros (relative Zusammensetzung der verfügbaren Mittel für alle Haushaltssegmente)



VC (freiwillige Beiträge), CVCA (Konto der zentralen freiwilligen Beiträge), AS (Verwaltungsunterstützung), AC (ordentliche Beiträge)

97. Wenigstens für die in der Europäischen Region mobilisierten Beiträge gilt tendenziell, dass sie stärker an konkrete Projekte, Länder oder Ausgabenart gebunden sind und vor allem die Finanzierung der Personalkosten nicht hinreichend ermöglichen (vgl. Tabelle 1).

98. Beispiele für große Einzelbeiträge zu Basisprogrammen mit Zweckbindung an bestimmte Ergebnisse und Länder, die einen substanziellen Anteil an der verfügbaren Gesamtfinanzierung für einzelne SO ausmachen umfassen: für SO1: fast 4 Mio. US-\$ (18% des Gesamtaufkommens für dieses SO) zweckgebunden an die Türkei, für SO3: 4,5 Mio. US-\$ (27%) zweckgebunden an die Türkei, für SO8: 8 Mio. US-\$ (42%) zweckgebunden für die Außenstelle in Bonn (Deutschland) und 1,5 Mio. US-\$ (8%) für stark gefährdete Gebiete in Sizilien (Italien); für SO9: 850 000 US-\$ (30%) für Albanien, für SO10: 1,9 Mio. , US-\$ (7%) für die Republik Moldau und für SO11: 600 000 US- \$(17%) zweckgebunden für Montenegro.

99. Die Gesamtpersonalkosten für SO1–SO11 machten 56% aller Ausgaben für dieses SO aus (vgl. Tabelle 5). Von den freiwilligen Beiträgen (ohne die zentralen freiwilligen Beiträge) ermöglichten nur 46% eine Finanzierung von Personalkosten (vgl. Abschnitt Umsetzung nach Personalkosten und Aktivitäten und Anhang 4, Grafik 10). Auch bei den sonstigen freiwilligen Beiträgen und quer durch die SO sind Schwankungen zu beobachten: 61% der sonstigen freiwilligen Beiträge (24 Mio. US-\$) und 23% der Gesamtsumme ermöglichen die Nutzung von weniger als 20% für die Finanzierung von Personalkosten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Freiwillige Beiträge (ohne zentrale freiwillige Beiträge) von denen unter 20% Personalkosten deckten, 2012–2013 [1000 US-\$]

Strategisches Ziel	Gesamtzuwendungen		Zuwendungen mit unter 20% für Personalkosten			
	Zahl	Summe	Zahl	Anteil an Gesamtsumme [in %]	Summe	Anteil an Gesamtsumme [in %]
SO1	78	25 838	51	65%	7 645	30%
SO2	87	16 350	51	59%	4 358	27%
SO3	44	9 324	27	61%	1 693	18%
SO4	31	3 484	16	52%	1 907	55%
SO5	23	2 601	13	57%	889	34%
SO6	54	6 138	37	69%	3 380	55%
SO7	30	4 084	16	53%	1 003	25%
SO8	72	15 839	45	63%	1 171	7%
SO9	19	1 476	13	68%	191	13%
SO10	59	19 792	30	51%	1 371	7%
SO11	28	2 629	17	61%	1 371	52%
Insgesamt	525	107 554	316	60%	24 981	23%

100. Für SO1, SO2, SO4, SO5, SO6, SO7 und SO11 stammten 25% oder mehr der freiwilligen Beiträge aus Zuwendungen, die weniger als 20% zur Finanzierung von Personalkosten freigeben. Daher bleibt die Finanzierung der Personalkosten ceteris paribus als Herausforderung bestehen. Das ist wohl die Folge einer Kombination aus übermäßigen Auflagen der Geber für die Mittelverwendung und unzureichendem Erklärungs- und Verhandlungsgeschick des Sekretariats.

Erfolgsfaktoren, Hemmnisse und Lehren

101. Der Schlussbericht des Globalen Management-Systems über die Umsetzung von fast 800 bürospezifischen erwarteten Ergebnisse (KPO und sonstige prioritäre Resultate je Land oder länderübergreifend) im Zweijahreszeitraum enthielt auch eine Beurteilung der den Erfolg begünstigenden oder behindernden Faktoren. Die zuletzt genannten sind bei den Resultaten zu suchen, die nur teilweise, gar nicht oder noch nicht erzielt wurden.

102. Die wichtigsten Einflussfaktoren für den Erfolg heißen Zusammenarbeit (u. a. innerhalb der WHO, mit Partnern und mit den Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten), politische Entschlossenheit und verlässliche nationale Ansprechpartner (Abb. 3). Gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien sowie verlässlichen nationalen Ansprechpartnern und starkes politisches Engagement sind relativ häufiger bei den KPO als bei anderen Prioritäten zu verzeichnen (vgl. Anhang 6), was den Schluss nahe legt, dass die politischen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten den KPO höhere Priorität einräumen.

Abb. 3: Erfolgsfaktoren (n = 494)

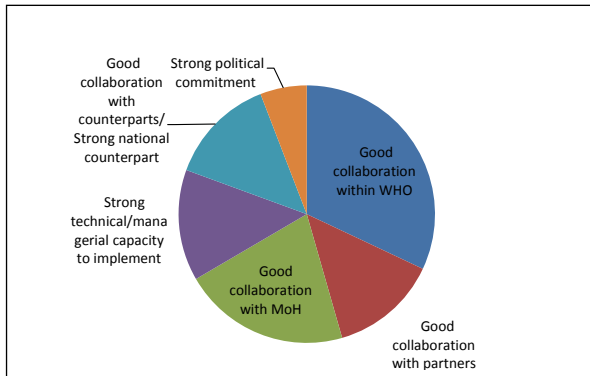
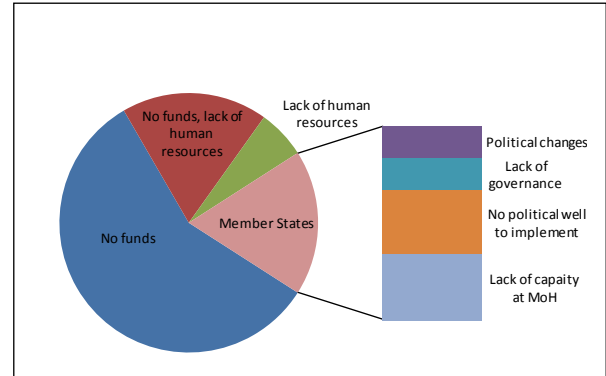


Abb. 4: Hemmnisse (n = 33)



103. Das größte Hindernis sind fehlende Mittel (Abb. 4), wengleich in dieser Hinsicht kein Unterschied zwischen den KPO und sonstigen prioritären Ergebnissen zu Tage tritt (Anhang 6). Finanzielle Engpässe können in Kombination aus absoluter oder relativer Mittelknappheit aufgrund von Auflagen der Beitragsgeber bzw. der Verwaltung der verfügbaren Ressourcen, insbesondere der flexiblen Mittel der Organisation, durch das Sekretariat entstehen. Ca. ein Fünftel der gemeldeten Hemmnisse lassen sich auf interne Angelegenheiten der Mitgliedstaaten zurückführen wie politische Wechsel, fehlende Führungsstrukturen, fehlender politischer Wille und fehlende Kapazitäten im Gesundheitsministerium.

104. Für jedes Resultat werden Hemmnisse und Lehren aus der Umsetzung verzeichnet und untersucht sowie Folgen für die Planung des Zweijahreszeitraums 2014–2015 in einem individuellen Ergebnisbewertungsblatt angegeben (vgl. Anhang). Einige allgemeine Lehren lassen sich auch für die Planung des Zweijahreszeitraums 2016–2017 ziehen.

105. Manchen Mitgliedstaaten fehlen in einigen Fachgebieten physische wie personelle Kapazitäten. Hier ist eine Fortsetzung der länderspezifischen Fachunterstützung wichtig. Diese erwies sich jedoch als wirksamer, wenn sie in mehreren Fachgebieten bzw. -programmen gleichzeitig und verknüpft mit der Förderung eines stärkeren Gesundheitssystems geleistet wurde.

106. Um die Aufgabe aus politischer Akzeptanz und konzeptioneller Umsetzung zu bewältigen, sollte das Sekretariat den konzeptionellen und strategischen Dialog mit allen Mitgliedstaaten sowohl auf höchster politischer und strategischer Ebene im Gesundheitsbereich sowie in anderen Sektoren und auch auf der lokalen Ebene weiter führen und hervorheben. In der Praxis bedeutet dies zusätzliche Unterstützung für weitere Auswertungen und vergleichende Untersuchungen, mehr Überzeugungs- und Vermittlungsarbeit, weitere Chancen zum gegenseitigen Lernen für die Länder und Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Partnern.

107. Diese Erfahrungen bestätigen zwar das Geschäftsmodell des Regionalbüros, zeigen jedoch auch, dass das Modell für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 nachjustiert werden sollte. Dafür wird zusätzliches exzellentes Fachwissen sowie die Fähigkeit benötigt, alle Akteure an einen Tisch zu bringen und untereinander zu vernetzen. Dazu wird das Sekretariat auch die Stimmigkeit unter den Programmbereichen erhöhen und geleistete Unterstützung systematisch verfolgen müssen.

108. Die Planung innerhalb des Sekretariats und mit den Mitgliedstaaten muss realistisch bleiben und Überplanung mitsamt der daraus resultierenden zu breiten Streuung knapper politischer, konzeptioneller, fachlicher und finanzieller Mittel vermeiden.

109. Die Mitgliedstaaten sollten Prioritäten aufstellen und realistisch betrachten, wie viele Resultate angestrebt und wie viele unterschiedliche Outputs gleichzeitig aufgenommen werden können. Für deren Aufnahme ist auf nationaler Ebene nämlich meist die Zuweisung beträchtlicher fachlicher, finanzieller und politischer Mittel erforderlich.

110. Auch das Sekretariat muss realistisch sein und entsprechend der gestellten Prioritäten wirtschaften. Da einige Outputs und Resultate eine geringere Priorität genießen als andere, sollten die inhaltlichen Fortschritte sowie die Finanzlage hinsichtlich der priorisierten Resultate hinreichend beachtet und dem Output entsprechende flexible Mittel bereitgestellt werden. Wo finanzielle oder fachliche Engpässe auftreten, sollten die priorisierten Resultate Vorrang genießen, selbst wenn dies die Einstellung der Arbeit in anderen Bereichen bedeutet.

111. Mitgliedstaaten und Geber sollten zulassen, dass ihre spezifizierten Beiträge tatsächlich sämtliche Kostenpunkte finanzieren, die zur Erbringung der Outputs erforderlich sind, hierunter auch Gehaltskosten. Das beste und wirksamste Vorgehen liegt darin, die Finanzierung weniger detailliert vorzunehmen, also nicht über das Ergebnisniveau hinaus zu spezifizieren.

Anhang 1. Glossar mit Fachausdrücken und Abkürzungen

Verwaltungsunterstützungskosten: Teil der Programmunterstützungskosten, können nur aus Kategorie 6 finanziert werden.

Zugewiesener Haushalt: Der von der WHO-Generaldirektorin überarbeitete und genehmigte Haushalt nach Genehmigung durch die Weltgesundheitsversammlung.

Ordentliche Beiträge: Regelmäßige Beitragszahlungen der Mitgliedstaaten auf Grundlage des von den Vereinten Nationen festgelegten Bewertungsschlüssels. In der Bewilligungs-Resolution entscheidet die Weltgesundheitsversammlung darüber, wie die ordentlichen Beiträge verwendet werden sollen. Im aktuellen Programmhaushalt und in seinen Vorgängern war dies auf Ebene der Strategischen Ziele, was 13 Bewilligungs-Abschnitte bedeutete.

Basisprogramme: der Teil des Programmhaushalts, über den die WHO vollständige und ausschließliche Leitungskontrolle besitzt.

Zweijährige Kooperationsvereinbarungen: Vereinbarungen zwischen WHO und Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, in denen die Arbeitsschwerpunkte im Zweijahreszeitraum skizziert werden.

Konto für zentrale freiwillige Beiträge: ein Verfahren für die Annahme, Zuweisung und Verwaltung von Mitteln, welche die WHO von Gebern erhalten hat und die im Programmhaushalt (in den Kategorien 1–5) oder auf Ebene der Kategorie flexibel verwendet werden können.

Mittel der Organisation: Können von der Organisation je nach Priorität sehr flexibel verwaltet, zugewiesen und ausgegeben werden, auch um Finanzierungslücken zu schließen. Dazu zählen die ordentlichen Beiträge, Verwaltungsunterstützungskosten, die zentralen freiwilligen Beiträge und die stellenbezogenen Abgaben.

Länderspezifischer Modus: für Outputs, die konkret auf einzelne Länder zugeschnitten sind.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik: eine in Brüssel (Belgien) ansässige Kooperation im Rahmen der Programmhaushalts-Sektion für Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen.

Außenstellen/Fachzentren des Regionalbüros: Bestandteil des Regionalbüros mit konkretem fachlichem Schwerpunkt außerhalb von Kopenhagen angesiedelt.

Humanressourcen: Im Personalplan sind Ergebnisse mit Personalausstattung und Mitteln verknüpft wiedergegeben.

KPO: zentrale vorrangige Resultate (key priority outcomes) sind konkrete „prioritäre Prioritäten“, welche die Leitungsebene im Zweijahreszeitraum 2012–2013 stärker beachten und insbesondere beobachten sollte.

Output: ein Element in der Wertschöpfungskette, das Leistungen des Sekretariats wie Leitlinien, Normen und Standards, Grundsatzoptionen, Kapazitätsaufbau und fachlichen Rat umfasst und von den Mitgliedstaaten zum Erreichen einer gesundheitlichen Wirkung angefordert wird.

PB: WHO-Programmhaushalt, der von der Weltgesundheitsversammlung jeweils für zwei Jahre vor Beginn des Zweijahreszeitraums angenommen wird. Die Haushaltsvoranschläge werden oft während des Zweijahreszeitraums korrigiert, was zu dem sogenannten zugewiesenen Haushalt führt.

Stellenbezogene Abgabe: Abgabe eines jeden Projekts zur Finanzierung von Personalkosten, die anderweitig nicht gedeckt sind. Dies ist eine organisationsweit in der WHO auf alle Gehälter erhobene Abgabe. Um Doppelbuchungen zu vermeiden wird die stellenbezogene Abgabe außerhalb des Programmhaushalts abgerechnet.

Prioritäres Resultat: Element in der Wertschöpfungskette, das die Mitgliedstaaten als prioritär betrachten. Als Maß für das Erreichen eines prioritären Resultats gilt „die Zahl der Mitgliedstaaten, die ...“

Programm- und Ressourcen-Management: ein Referat im Büro des Direktors für Programm-Management.

Sekretariat: Personal und organisatorische, leitungsbezogene und physische Infrastruktur der WHO.

Sektion: eine von drei Sektionen des Programmhaushalts (Basisprogramme, Ausbruch- und Krisenmanagement, Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen).

SO: Strategisches Ziel, in der Ergebnisstruktur hoch angesiedelt. Der *Mittelfristige Strategieplan der WHO (2008–2013)* ist gemäß 13 Strategischen Zielen aufgebaut.

Sonderprogramme und Kooperationsvereinbarungen: Eine Sektion im Programmhaushalt für Arbeit, die mit Partnern vereinbart wird: Somit entscheidet die WHO nicht alleine über etwa die Höhe der Budgets. Beim WHO-Regionalbüro für Europa fließen in diese Sektion hauptsächlich Mittel der GAVI-Allianz, des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose sowie des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Konkretes Resultat: allgemeines regionsweites Resultat, das zum Beispiel in länderspezifischen Arbeitsplänen auftritt. Das Maß für den Erfolg lautet „Mitgliedstaat A hat ... absorbiert“. Outputs, die das Sekretariat gemäß Kooperationsvereinbarungen und Arbeitsplänen je nach Umständen und Bedürfnissen des Landes erbringen muss.

Freiwillige Beiträge: Sonstige freiwillige Beiträge ohne Verwaltungsunterstützungskosten, zentrale freiwillige Beiträge und das Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

WHO: Weltgesundheitsorganisation bezeichnet sowohl die Mitgliedstaaten als auch das Sekretariat.

Weltgesundheitsversammlung: das höchste beschlussfassende Organ der WHO.

Anhang 2. Erzielen der laut PB 2012–2013 organisationsweit erwarteten Ergebnisse in der Europäischen Region

SO	Erwartetes Ergebnis	Beschreibung	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Nicht relevant für dieses Regionalbüro
01	01.001	Impfstoffe und Immunisierung	1			
01	01.002	Poliomyelitis	1			
01	01.003	Tropenkrankheiten samt Zoonosen	1			
01	01.004	Epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten		1		
01	01.005	Erforschung übertragbarer Krankheiten				1
01	01.006	<i>Internationale Gesundheitsvorschriften</i> (2005) und Reaktion auf Epidemien		1		
01	01.007	Epidemische und pandemische Krankheiten	1			
01	01.008	Abstimmung und Hilfe für Eindämmung von Ausbrüchen				1
01	01.009	Betrieb und Maßnahmen gegen Epidemien	1			
02	02.001	Prävention, Therapie und Versorgung für HTM		1		
02	02.002	Erbringung der Dienste für HTM		1		
02	02.003	Medizin, Diagnostik und Technologie für HTM		1		
02	02.004	Epidemiologische Überwachung, Auswertung und Beobachtung für HTM	1			
02	02.005	Mobilisierung von Finanzmitteln für HTM		1		
02	02.006	Forschung für HTM				1
03	03.001	Engagement gegen nichtübertragbare Krankheiten	1			
03	03.002	Konzepte, Strategien und Vorschriften in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten		1		
03	03.003	Daten über nichtübertragbare Krankheiten		1		

SO	Erwartetes Ergebnis	Beschreibung	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Nicht relevant für dieses Regionalbüro
03	03.004	Evidenz für Interventionen gegen nichtübertragbare Krankheiten		1		
03	03.005	Umsetzung der Programme zu nichtübertragbaren Krankheiten	1			
03	03.006	Gesundheits- und Sozialsysteme für nichtübertragbare Krankheiten	1			
04	04.001	Allgemeiner Zugang zu CAMHAG	1			
04	04.002	Research capacity on CAMHAG	1			
04	04.003	Versorgung der Mütter	1			
04	04.004	Versorgung der Neugeborenen	1			
04	04.005	Anleitung und Unterstützung für kindliche Gesundheit und Entwicklung	1			
04	04.006	Konzepte, Strategien und Interventionen für jugendliche Gesundheit und Entwicklung	1			
04	04.007	Anleitung und Unterstützung für reproduktive Gesundheit	1			
04	04.008	Anleitung und Unterstützung für gesundes Altern	1			
05	05.001	Notfallvorsorge	1			
05	05.007	Handlungen und Maßnahmen gegen Notlagen und Katastrophen	1			
06	06.001	Gesundheitsförderung und sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Risikobekämpfung	1			
06	06.002	Epidemiologische Überwachung gesundheitlicher Risikofaktoren	1			
06	06.003	Mit Tabak verbundene Krankheitslast	1			
06	06.004	Substanzmissbrauch		1		
06	06.005	Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel	1			

SO	Erwartetes Ergebnis	Beschreibung	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Nicht relevant für dieses Regionalbüro
06	06.006	Unsicherer Geschlechtsverkehr	1			
07	07.001	Anerkennung der Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten	1			
07	07.002	Sektorübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsdeterminanten		1		
07	07.003	Daten über Determinanten		1		
07	07.004	Auf Ethik und Recht beruhende Ansätze	1			
07	07.005	Geschlechtergerechte Konzepte und Programme		1		
08	08.001	Evidenzbasierte Bewertung sowie Formulierung und Aktualisierung von Normen und Standards für die wichtige umweltbedingte Gesundheitsrisiken (etwa schlechte Luftqualität, chemische Substanzen, elektromagnetische Felder, Radon, schlechtes Trinkwasser und schlechte Abwasseraufbereitung)	1			
08	08.002	Interventionen zum Abbau umweltbedingter Risiken	1			
08	08.003	Konzepte, Planung und Angebote für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz und die Gesundheit am Arbeitsplatz		1		
08	08.004	Umweltbezogene Gesundheitspolitik und -bewertung	1			
08	08.005	Führungsrolle des Gesundheitssektors für eine gesündere Umwelt	1			
08	08.006	Klimawandel	1			
09	09.001	Partnerschaft, Führungsarbeit und Abstimmung für Ernährung und Lebensmittelsicherheit	1			
09	09.002	Bewertung von Fehlernährung und durch Lebensmittel verursachte Erkrankungen und Gegenmaßnahmen	1			

SO	Erwartetes Ergebnis	Beschreibung	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Nicht relevant für dieses Regionalbüro
09	09.003	Beobachtung, epidemiologische Überwachung und Ernährungsbewertung	1			
09	09.004	Pläne, Konzepte und Programme für die Ernährung	1			
09	09.005	Prävention und Bekämpfung von durch Lebensmitteln verursachten Erkrankungen und Gefahren	1			
09	09.006	Risikoabschätzung und Regelungssysteme für durch Lebensmittel verursachte Erkrankungen	1			
10	10.001	Leitung und Verwaltung von Gesundheitsdiensten		1		
10	10.002	Nationale Kapazität für Politikgestaltung und Führung für mehr Gesundheit	1			
10	10.003	Abstimmungsverfahren für wirksame Hilfe	11			
10	10.004	Gesundheitsinformationssysteme der Länder		1		
10	10.005	Evidenz und Wissensgewinnung		1		
10	10.006	Forschung zur Gesundheitssystementwicklung				1
10	10.007	Verwaltung von und Zugang zu Wissen über Gesundheitssystementwicklung		1		
10	10.008	Konzepte, Planung und Umsetzung für Humanressourcen für Gesundheit		1		
10	10.009	Bildung, Verteilung und Bewahrung von Humanressourcen für Gesundheit		1		
10	10.010	Finanzierung von Gesundheitssystemen und Nutzung der Ressourcen		1		
10	10.011	Analyse der ökonomische Auswirkungen, Ausgaben und Kostenwirksamkeit	1			

SO	Erwartetes Ergebnis	Beschreibung	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht	Nicht relevant für dieses Regionalbüro
10	10.012	Überzeugungsarbeit für zusätzliche Mittel, Mittelgenerierung und Verwendung finanzieller Daten	1			
10	10.013	Patientensicherheit		1		
11	11.001	Strategie für unentbehrliche medizinische Produkte und Technologien		1		
11	11.002	Orientierungshilfe für unentbehrliche medizinische Produkte und Technologien	1			
11	11.003	Verwendung medizinischer Produkte und Technologien	1			
12	12.001	Leitung und Führung der WHO	1			
12	12.002	WHO-Länderpräsenz	1			
12	12.003	Partnerschaften für Gesundheitsentwicklung	1			
12	12.004	Gesundheitswissen und Argumentationshilfen	1			
13	13.001	Strategische und operative Planung, Leistungsüberwachung und -bewertung		1		
13	13.002	Verwaltung der WHO-Ressourcen		1		
13	13.003	Entwicklung und Führung der WHO-Humanressourcen	1			
13	13.004	Informationstechnologie und -systeme für die WHO		1		
13	13.005	Unterstützung für Führung und Verwaltung	1			
13	13.006	Arbeitsplatz WHO	1			
Insgesamt			50	26	0	4

HTM: HIV/Aids, Tb, Malaria und vernachlässigte Tropenkrankheiten, CAMHAG: Kind, Gesundheit von Müttern und Jugendlichen

Anhang 3. Beobachtung der Resultate (Beschreibung der Resultate und Outputs im Appendix)

Laufende Nummer	KPO/OPO	Übergang			Anzahl Länder	OSER-Rückmeldung (Resultate in Budgetzentren/Ländern)				Haushalt und Finanzen [1000 US-\$]			Korrigierte Umsetzung			
		PB 2012–2013	PB 2014–2015			Vollständigkeit	Anteil an Meldung			Anzahl vollendet	Haushalt	Durchschnitt Ressourcen	Umsetzung	FTE	Personal für Umsetzung [1000 US-\$]	Aktivitäten für Umsetzung [1000 US-\$]
			Kategorie	Programmbereich			Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht							
01	KPO	1	I	Durch Impfung vermeidbare Krankheiten	13	100%	100%	0%	0%	17	5 242	5 171	4 536	2.3	656	2 508
02	KPO	1	V	Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	18	100%	95%	5%	0%	20	1 937	1 895	1 706	2.7	977	829
03	KPO	1	V	Warn- und Reaktionskapazitäten	23	96%	88%	12%	0%	22	7 350	7 152	7 021	12.1	3 426	4 078
04	KPO	2	I	HIV/Aids	9	100%	60%	0%	40%	6	2 334	2 223	2 084	2.6	1 252	950
05	KPO	2	I	Tuberkulose	20	100%	95%	5%	0%	21	7 347	6 393	5 914	11.0	2 226	4 153
06	KPO	2	I	Malaria	5	100%	100%	0%	0%	6	1 584	1 530	1 427	0.8	288	915
07	KPO	3	II	Psychische Gesundheit	18	100%	100%	0%	0%	20	4 256	3 622	3 611	7.5	2 041	2 474
08	KPO	3	II	Gewalt und Verletzungen	18	100%	85%	15%	0%	17	3 475	3 406	3 236	5.6	1 336	2 946
09	KPO	3	II	Nichtübertragbare Krankheiten	21	100%	77%	4%	19%	20	3 474	3 137	2 903	4.0	929	1 948
10	KPO	4	III	Altern in Gesundheit	5	100%	100%	0%	0%	5	1 302	1 256	1 221	1.8	765	393
11	KPO	4	III	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	15	100%	100%	0%	0%	19	5 603	5 405	5 167	9.0	1 649	2 420
12	KPO	5	V	Warn- und Reaktionskapazitäten	11	100%	100%	0%	0%	15	848	848	781	4.3	1 072	777
13	KPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	12	100%	100%	0%	0%	14	1 522	1 411	1 377	1.6	457	692
14	KPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	17	100%	100%	0%	0%	17	2 088	1 946	1 886	3.1	662	924
15	KPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	16	94%	100%	0%	0%	17	3 330	3 118	2 925	4.9	1 389	799
16	KPO	7	III	Soziale Determinanten von Gesundheit	7	100%	100%	0%	0%	10	2 118	1 985	1 979	3.0	1 200	472
17	KPO	7	IV	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	10	100%	100%	0%	0%	11	1 824	1 649	1 665	5.2	1 900	992
18	KPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	2	100%	100%	0%	0%	3	4 369	3 615	3 457	11.4	3 405	1 650
19	KPO	9	II	Ernährung	5	100%	100%	0%	0%	9	1 232	1 192	1 186	3.2	416	424
20	KPO	9	V	Lebensmittelsicherheit	0	100%	100%	0%	0%	1	846	687	687	0.4	176	104
21	KPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	19	100%	100%	0%	0%	20	3 086	2 949	2 136	3.8	1 197	793
22	KPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	24	100%	88%	0%	12%	22	2 458	2 287	2 192	4.1	1 139	1 069
23	KPO	10	IV	Gesundheitssysteme,	11	100%	100%	0%	0%	15	1 217	1 205	1 170	1.7	502	303

Laufende Nummer	KPO/OPO	Übergang			Anzahl Länder	OSER-Rückmeldung (Resultate in Budgetzentren/Ländern)				Haushalt und Finanzen [1000 US-\$]			Korrigierte Umsetzung			
		PB 2012–2013	PB 2014–2015	Kategorie		Vollständigkeit	Anteil an Meldung			Anzahl vollendet	Haushalt	Durchschnitt Ressourcen	Umsetzung	FTE	Personal für Umsetzung [1000 US-\$]	Aktivitäten für Umsetzung [1000 US-\$]
							Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht							
		SO	Programmbereich													
				Gesundheitsinformationen und Evidenz												
24	KPO	10	IV	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	11	100%	93%	0%	7%	13	1 523	1 500	1 495	2.1	690	607
25	KPO	10	IV	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	14	100%	69%	25%	6%	11	2 615	2 450	2 476	4.7	1 314	832
26	KPO	10	IV	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	13	100%	100%	0%	0%	16	1 069	1 048	917	1.5	468	279
27	KPO	11	IV	Zugang zu medizinischen Produkten und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	12	100%	93%	7%	0%	13	1 552	1 517	1 494	2.3	616	502
28	OPO	1	I	Durch Impfung vermeidbare Krankheiten	15	100%	100%	0%	0%	17	7 594	7 624	7 545	4.8	1 153	4 560
29	OPO	1	V	Ausrottung der Kinderlähmung	13	100%	100%	0%	0%	19	4 357	4 173	3 752	2.2	589	2 505
30	OPO	1	V	Warn- und Reaktionskapazitäten	11	100%	87%	13%	0%	13	1 709	1 663	1 629	2.7	760	663
31	OPO	1	V	Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	1	100%	100%	0%	0%	2	1 773	1 738	1 718	1.2	336	670
32	OPO	1	V	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	0	100%	100%	0%	0%	1	160	8	7	1.4	489	7
33	OPO	1	I	Vernachlässigte Tropenkrankheiten	3	100%	100%	0%	0%	4	564	517	430	1.1	406	398
34	OPO	2	I	HIV/Aids	16	100%	83%	0%	17%	15	4 705	3 998	3 729	11.9	2 431	1 200
35	OPO	2	I	HIV/Aids	2	100%	67%	0%	33%	2	805	701	763	2.4	670	228
36	OPO	2	I	Tuberkulose	10	100%	100%	0%	0%	13	2 232	1 941	1 860	4.0	962	564
37	OPO	2	I	Tuberkulose	5	100%	86%	0%	14%	6	2 062	1 785	1 773	2.6	636	623
38	OPO	2	I	Tuberkulose	6	100%	100%	0%	0%	7	1 085	953	928	2.6	734	325
39	OPO	2	I	Malaria	1	100%	100%	0%	0%	2	607	607	575	0.5	172	193
40	OPO	3	II	Psychische Gesundheit	2	100%	100%	0%	0%	3	54	22	20	0.3	116	20
41	OPO	3	II	Psychische Gesundheit	3	100%	75%	25%	0%	3	1 127	1 097	1 078	0.3	136	10
42	OPO	3	II	Gewalt und Verletzungen	4	100%	100%	0%	0%	5	2 016	1 963	1 866	0.9	412	51
43	OPO	3	II	Gewalt und Verletzungen	0	100%	100%	0%	0%	1	24	0	0	0.3	98	0
44	OPO	3	II	Nichtübertragbare Krankheiten	3	100%	100%	0%	0%	6	22	20	20	0.6	97	20
45	OPO	3	II	Nichtübertragbare Krankheiten	3	100%	75%	0%	25%	3	63	13	13	0.5	100	13
46	OPO	3	II	Nichtübertragbare Krankheiten	10	100%	58%	0%	42%	7	105	89	89	0.8	146	89
47	OPO	4	III	Reproduktive Gesundheit und	6	100%	71%	14%	14%	5	375	353	341	2.5	405	341

Laufende Nummer	KPO/OPO	Übergang			Anzahl Länder	OSER-Rückmeldung (Resultate in Budgetzentren/Ländern)				Haushalt und Finanzen [1000 US-\$]			Korrigierte Umsetzung			
		PB 2012–2013	PB 2014–2015	Anzahl Länder		Vollständigkeit	Anteil an Meldung			Anzahl vollendet	Haushalt	Durchschnitt Ressourcen	Umsetzung	FTE	Personal für Umsetzung [1000 US-\$]	Aktivitäten für Umsetzung [1000 US-\$]
							Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht							
SO	Kategorie	Programmbereich														
				Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen												
48	OPO	4	III	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	1	100%	100%	0%	0%	4	127	124	84	0.4	155	84
49	OPO	4	III	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	1	100%	100%	0%	0%	2	35	0	0	0.3	58	0
50	OPO	4	III	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	4	100%	100%	0%	0%	5	376	319	274	2.6	640	274
51	OPO	5	V	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	3	100%	100%	0%	0%	4	1 566	1 305	1 194	3.9	470	884
52	OPO	5	V	Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	5	100%	100%	0%	0%	9	2 559	2 520	2 517	1.9	707	221
53	OPO	6	III	Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	0	100%	100%	0%	0%	1	90	0	-0	0.1	34	0
55	OPO	6	II	Psychische Gesundheit	6	100%	86%	0%	14%	6	60	15	12	0.3	99	12
56	OPO	6	II	Psychische Gesundheit	3	100%	100%	0%	0%	4	109	86	75	1.8	460	75
57	OPO	6	II	Psychische Gesundheit	4	100%	100%	0%	0%	5	147	69	63	0.5	100	63
58	OPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	1	100%	100%	0%	0%	2	137	105	86	0.8	289	86
59	OPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	21	100%	100%	0%	0%	25	573	358	344	2.1	480	344
60	OPO	6	II	Nichtübertragbare Krankheiten	1	100%	100%	0%	0%	1	11	5	5	0.0	9	5
61	OPO	6	III	Soziale Determinanten von Gesundheit	0	100%	100%	0%	0%	2	790	790	777	0.7	237	777
62	OPO	7	III	Soziale Determinanten von Gesundheit	24	100%	90%	3%	6%	28	1 850	1 739	1 667	5.2	1 702	773
63	OPO	7	III	Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und	11	100%	50%	0%	50%	7	1 131	960	897	2.1	480	189

Laufende Nummer	KPO/OPO	Übergang			Anzahl Länder	OSER-Rückmeldung (Resultate in Budgetzentren/Ländern)				Haushalt und Finanzen [1000 US-\$]			Korrigierte Umsetzung			
		PB 2012–2013	PB 2014–2015	Programmbereich		Vollständigkeit	Anteil an Meldung			Anzahl vollendet	Haushalt	Durchschnitt Ressourcen	Umsetzung	FTE	Personal für Umsetzung [1000 US-\$]	Aktivitäten für Umsetzung [1000 US-\$]
							Vollständig erreicht	Teilweise erreicht	Nicht erreicht							
SO	Kategorie															
				Menschenrechte												
64	OPO	7	III	Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	6	100%	57%	0%	43%	4	160	113	110	0.6	234	52
65	OPO	7	III	Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	2	100%	100%	0%	0%	4	33	32	18	0.5	165	18
66	OPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	8	100%	88%	0%	13%	7	6 035	5 616	5 551	5.6	1 543	1 016
67	OPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	1	100%	100%	0%	0%	2	279	260	243	1.7	589	209
68	OPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	10	100%	92%	0%	8%	11	1 225	1 171	1 174	4.6	1 320	367
69	OPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	5	100%	88%	13%	0%	7	3 116	2 984	2 730	4.3	1 353	1 092
70	OPO	8	III	Umwelt und Gesundheit	11	100%	100%	0%	0%	13	3 800	3 668	3 483	5.6	1 047	1 388
71	OPO	9	V	Lebensmittelsicherheit	8	100%	100%	0%	0%	10	841	760	757	2.7	396	450
72	OPO	9	II	Ernährung	0	100%	100%	0%	0%	1	42	25	24	0.7	115	24
73	OPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	0	100%	100%	0%	0%	4	1 278	1 209	1 207	2.2	829	370
74	OPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	3	100%	83%	8%	8%	10	1 546	1 613	1 497	2.5	824	851
75	OPO	10	IV	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	10	100%	100%	0%	0%	4	1 081	954	927	1.8	456	436
76	OPO	10	IV	Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	3	100%	100%	0%	0%	7	2 170	2 159	2 132	2.6	740	1 399
77	OPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	6	100%	100%	0%	0%	18	1 353	1 396	1 238	4.4	767	616
78	OPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	17	100%	94%	6%	0%	16	1 253	1 192	1 192	4.5	922	253
79	OPO	10	IV	Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	13	100%	90%	10%	0%	9	605	598	598	0.9	318	152
80	OPO	10	IV	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	9	100%	100%	0%	0%	7	1 168	1 162	1 106	3.9	1 242	467
81	OPO	10	IV	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	4	100%	50%	50%	0%	1	124	122	122	0.5	137	122

Laufende Nummer	KPO/OPO	Übergang			Anzahl Länder	OSER-Rückmeldung (Resultate in Budgetzentren/Ländern)				Haushalt und Finanzen [1000 US-\$]			Korrigierte Umsetzung			
		PB 2012–2013	PB 2014–2015			Vollständigkeit	Anteil an Meldung			Anzahl vollendet	Haushalt	Durchschnitt Ressourcen	Umsetzung	FTE	Personal für Umsetzung [1000 US-\$]	Aktivitäten für Umsetzung [1000 US-\$]
			SO	Kategorie			Programmbereich	Vollständig erreicht	Teilweise erreicht							
82	OPO	10	IV	Gesundheitssysteme, Gesundheitsinformationen und Evidenz	16	100%	95%	0%	5%	18	11 837	10 497	9 812	30.8	8 682	3 381
86	OPO	11	IV	Zugang zu medizinischen Produkten und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	8	100%	100%	0%	0%	11	2 096	2 015	1 916	2.3	674	981
87	OPO	11	IV	Zugang zu medizinischen Produkten und Stärkung der regulatorischen Kapazitäten	11	100%	100%	0%	0%	14	830	803	778	1.4	645	407
99	OPO	Verschiedene			0	82%	100%	0%	0%	18	9 931	9 651	9 589	20.1	6 665	1 852

KPO (key priority outcome): zentrale vorrangige Resultate, OPO (other priority outcome) sonstige vorrangige Resultate, OSER (Office-specific expected result): bürospezifisches erwartetes Resultat

Anhang 4. Finanzbericht

Abb. 1

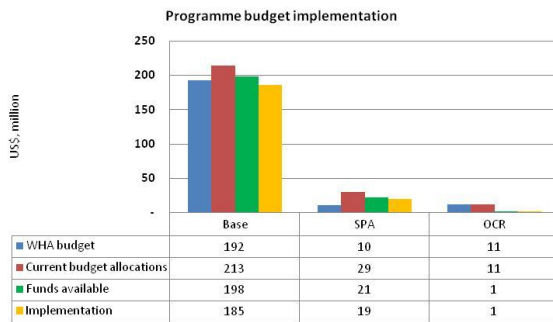


Abb. 2

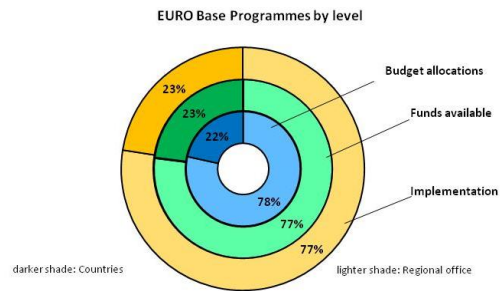


Abb. 3

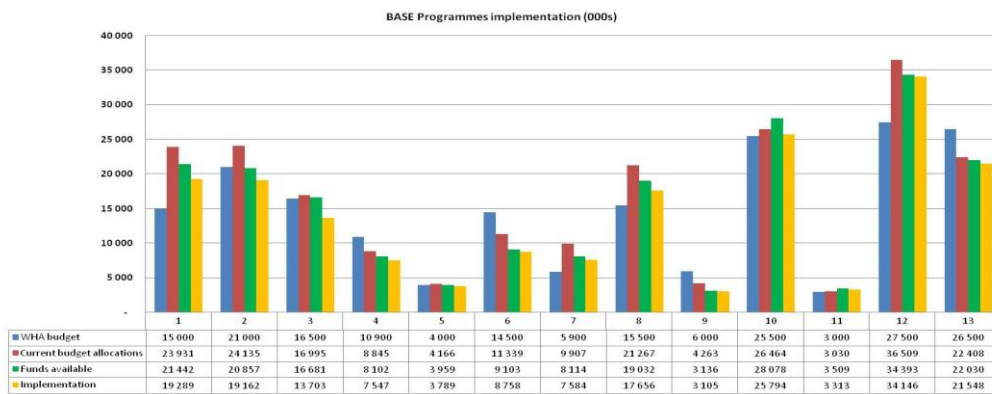


Abb. 4

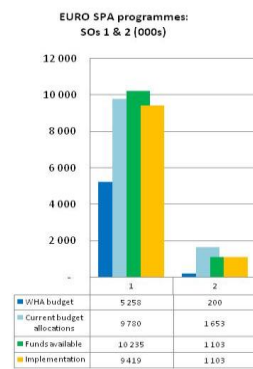


Abb. 5

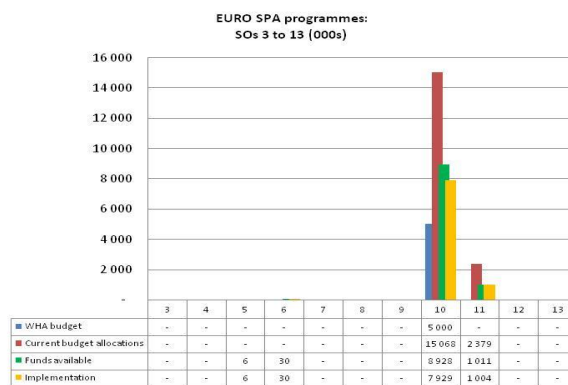


Abb. 6

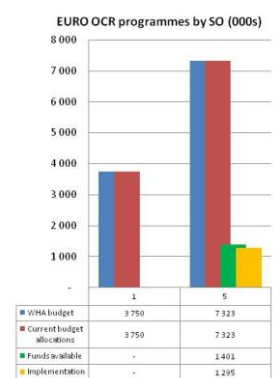


Abb. 7

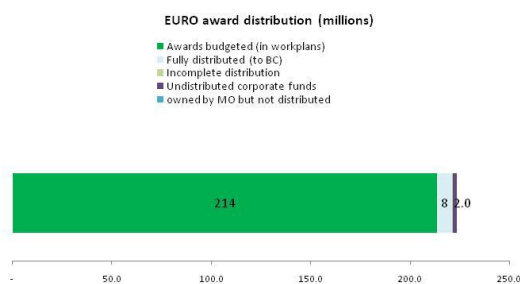


Abb. 8

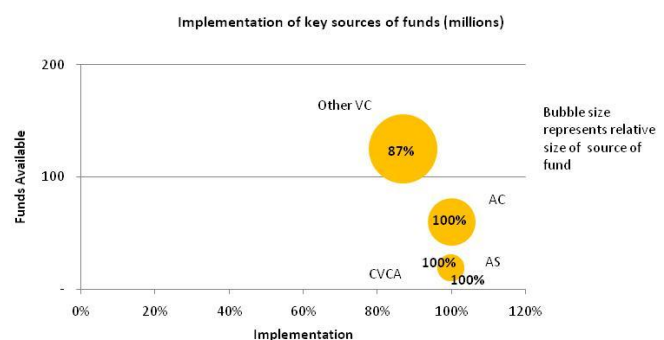


Abb. 9

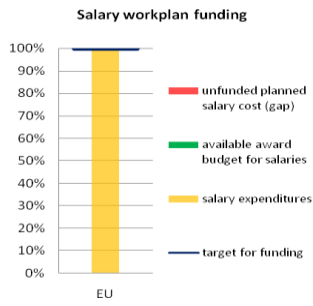


Abb. 10

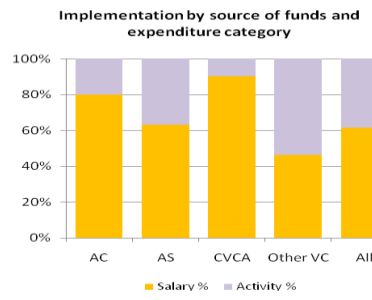
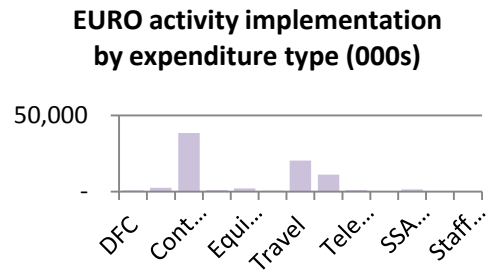


Abb. 11



Geber	SO 01	SO 02	SO 03	SO 04	SO 05	SO 06	SO 07	SO 08	SO 09	SO 10	SO 11	SO 12	SO 13	SO 93	INSGESAMT
AUSTRALIEN	<	-	600	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	600
INSGESAMT weltweit eingemommen	17 379 548	7 782 314	4 089 147	1 509 676	1 859 009	2 130 864	76 065	549 236	154 500	1 864 523	1 503 973	68 967	14 600	-	38 982 422
Lokal eingemommene freiwillige Beiträge															
WHO - VERSCHIEDENE DEUTSCHLAND	167 032 276 337	812 147 91 651	2 434 -	50 000 -	10 000 76 407	767 818 63 298	460 834 -	641 202 10 384 229	- 61 603	8 080 875 228 671	- -	45 000 -	556 041 -	- 148 251	11 593 383 11 330 447
VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA	4 406 085	5 858 627	328 779	55 131	157 715	198 115	-	-	-	79 995	-	-	-	-	11 084 447
EUROPÄISCHE KOMMISSION	6 079	32 065	290 029	113 271	666 360	1 529 924	62 254	1 326 009	341 266	5 240 064	700 468	100 000	6 300	-	10 414 089
TÜRKEI	3 948 141	-	4 569 854	-	-	-	-	13 167	-	-	-	170 163	-	-	8 701 325
ITALIEN	8 954	-	-	-	1 177	-	2 909 301	2 880 527	568 505	-	-	66 854	-	256 954	6 692 272
NIEDERLANDE	1 278 598	840 158	428 602	524 558	-	302 974	-	44 864	-	2 036 102	524 558	-	-	-	5 980 414
VN	423 844	1 556 852	152 717	669 603	-	79 000	129 953	707 889	381 472	273 116	79 454	-	-	-	4 453 900
SPANIEN	-	-	-	355 991	-	-	-	-	-	2 690 992	45 724	-	-	325 000	3 417 707
DÄNEMARK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 005 124	3 005 124
RUSSISCHE FÖDERATION	-	-	846 517	506 000	-	-	165 000	-	-	-	-	221 239	-	-	1 738 756
SCHWEIZ	-	-	59 605	182 147	-	325 733	-	361 717	-	622 623	1 810	59 719	2 100	-	1 615 454
GRIECHENLAND	-	-	546 458	-	-	39 606	-	-	-	1 000 000	-	-	-	-	1 586 064
VEREINIGTES KÖNIGREICH	-	-	113 916	-	-	-	642 578	211 768	-	176 463	-	-	-	-	1 144 725
BELGIEN	98 580	38 760	-	-	99 110	-	14 082	-	-	1	-	-	-	822 231	1 072 764
FINNLAND	-	-	75 412	-	-	713 743	-	5 810	-	127 855	-	-	-	-	922 820
NORWEGEN	-	-	291 840	-	-	68 712	75 482	98 038	-	212 150	-	-	-	-	746 222
UKRAINE	-	636 623	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	636 623
FRANKREICH	255 889	835	-	-	-	-	-	134 567	-	-	-	-	-	-	391 291
TURKMENISTAN	-	-	337 550	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	337 550
MALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	326 708	-	-	326 708
ÖSTERREICH	-	-	-	-	-	151 664	-	80 985	-	-	-	-	-	-	232 649
KANADA	-	-	119 132	38 410	-	-	-	17 699	-	-	-	-	-	-	175 241
PORTUGAL	-	-	30 000	-	-	40 000	27 290	-	-	46 114	27 910	-	-	-	171 314
ASERBAIDSCHAN	-	142 403	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	142 403
REPUBLIK MOLDAU	-	135 475	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135 475
WHO - EHMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78 939	-	-	-	-	78 939
ANDORRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66 372	-	-	-	-	66 372
EHEM. JUGOSL. REP. MAZEDONIEN	-	62 074	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62 074
SAN MARINO	-	-	-	-	-	-	50 000	-	-	-	-	-	-	-	50 000
ÖSTERREICH	-	-	-	-	-	-	-	49 463	-	-	-	-	-	-	49 463
ISRAEL	-	-	-	-	-	46 018	-	-	-	-	-	-	-	-	46 018
BULGARIEN	-	-	9 345	28 013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37 358
SERBIEN	-	35 179	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35 179
UNGARN	-	-	-	-	-	-	-	29 344	-	-	-	-	-	-	29 344
WHO - MDTF MULTI DONOR TRUST FUND	-	-	21 018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21 018
WHO - ICRC	-	-	-	-	-	19 731	-	-	-	-	-	-	-	-	19 731
GFATM	-	13 746	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13 746
SCHWEDEN	-	3 010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 010
INSGESAMT lokal eingemommen	10 869 539	10 259 605	8 223 208	2 523 124	1 010 769	4 346 336	4 536 774	16 987 278	1 352 846	20 960 332	1 379 924	989 683	564 441	4 557 560	88 561 419

Geber		SO 01	SO 02	SO 03	SO 04	SO 05	SO 06	SO 07	SO 08	SO 09	SO 10	SO 11	SO 12	SO 13	SO 93	INSGESAMT
Mittel der Organisation	WHO - CVCA	965 461	2 242 882	1 655 607	1 615 893	934 232	1 467 109	1 760 480	491 544	869 526	5 584 496	867 873	4 382	593 641	-	19 053 126
	WHO - ORDENTLICHE BEITRÄGE	1 925 866	1 752 748	2 719 817	2 476 747	1 609 667	1 193 501	1 741 096	1 322 819	773 394	8 190 724	792 814	22 090 001	13 550 476	-	60 139 670
	WHO - ALS STELLVERTRETENDE GEBERIN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11 247 504	7 073 143	-	18 320 647
	WHO - POC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 930 000	7 930 000
Mittel der Organisation INSGESAMT		2 891 327	3 995 630	4 375 424	4 092 640	2 543 899	2 660 610	3 501 576	1 814 363	1 642 920	13 775 220	1 660 687	33 341 887	21 217 260	7 930 000	105 443 443
GESAMTHEIT ALLER MITTEL		31 140 414	22 037 549	16 687 779	8 125 440	5 413 677	9 137 810	8 114 415	19 350 877	3 150 266	36 600 075	4 544 584	34 400 537	21 796 301	12 487 560	232 987 284

CVCA (core voluntary contributions account): Konto für zentrale freiwillige Beiträge, POC (post occupancy charge): stellenbezogene Abgabe, SO (strategic objective): Strategisches Ziel

Anhang 6. Zusammenfassung der begünstigenden und hemmenden Faktoren nach Strategischem Ziel für SO1 bis SO11

Strategisches Ziel	Begünstigende Faktoren						Hemmende Faktoren						
	Gute Zusammenarbeit in der WHO	Gute Zusammenarbeit mit Partnern	Gute Zusammenarbeit mit Gesundheitsministerium	Starke Fach- und Führungskapazitäten	Gute Zusammenarbeit mit verlässlichen nationalen Ansprechpartnern	Starker politischer Wille	Keine Finanzierung	Keine Finanzierung, fehlende personelle Kapazitäten	Fehlende menschliche Ressourcen	Politische Veränderungen	Fehlende Führung	Fehlender politischer Wille zur Umsetzung	Kapazitätsmangel im Gesundheitsministerium
1	41	2	20	13	12		1	1					
2	18	9	7	6	3		9				1		
3	14	1	20	5	3	1	1		1			1	
4	9	9	11	1	4			2					
5		2	6	7	3	1							
6	6	2	7	2	5	1	1						
7	9	4	7	2	2	1	2						
8	5	7	5	10	10		2						1
9	1	2	3	3	1								
10	35	21	12	19	16	25	3	2	1	1		1	1
11	20	8	6	1	8			1					
Insgesamt	158	67	104	69	67	29	19	6	2	1	1	2	2
27 KPO und 56 OPO							8 KPO und 13 OPO						
KPO	62	29	50	21	36	22	6	4		1	1	2	1
OPO	96	38	54	48	31	7	13	2	2				1

KPO (key priority outcome): zentrale vorrangige Resultate, OPO (other priority outcome): sonstige vorrangige Resultate, SO (strategic objective): strategisches Ziel

= = =