



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Sechsfundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 11.–14. September 2006**

---

EUR/RC56/REC/1  
26. Oktober 2006  
61605  
ORIGINAL: ENGLISCH

# **BERICHT ÜBER DIE SECHSFUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG**

## **Schlüsselwörter**

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

# Inhalt

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung .....	1
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Bericht des Regionaldirektors .....	1
Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark .....	4
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben.....	5
Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	6
Grundsatz- und Fachfragen .....	7
Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten .....	7
Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und Mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013.....	10
Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa.....	14
Förderung der Gesundheitssicherheit .....	16
Ansprache des amtierenden Generaldirektors .....	18
Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen.....	21
Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie .....	21
Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit .....	22
Indikatoren für die Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ .....	23
Bericht über die Umsetzung der DOTS-Strategie gegen Tuberkulose und Fortschritte in der Malariabekämpfung.....	24
Bericht über Fortschritte im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz.....	25
Wahlen und Nominierungen.....	26
Exekutivrat .....	26
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees.....	26
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	26
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2007, 2008, 2009 und 2010.....	27
Sonstige Angelegenheiten .....	27
Resolutionen.....	28
EUR/RC56/R1 Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2004–2005.....	28
EUR/RC56/R2 Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO .....	28
EUR/RC56/R3 Die Zukunft des Regionalbüros für Europa.....	30
EUR/RC56/R4 Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013 .....	31
EUR/RC56/R5 Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2007–2010.....	32
EUR/RC56/R6 Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	32
Beschluss.....	32
Anhang 1: Tagesordnung .....	33
Anhang 2: Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente .....	35
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer .....	37
Anhang 4: Ansprache des Regionaldirektors der Europäischen Region der WHO .....	59
Anhang 5: Ansprache des amtierenden WHO-Generaldirektors.....	65



## Eröffnung der Tagung

Die 56. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 11. bis 14. September 2006 im WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, Dänemark, statt. Ebenfalls zugegen waren Beobachterinnen und Beobachter eines Mitgliedstaates einer anderen WHO-Region, zweier Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa und zweier Nichtmitgliedstaaten sowie Vertreter der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Europarates, des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, der Europäischen Kommission und des Nordischen Ministerrates und nichtstaatlicher Organisationen.

Die erste Sitzung wurde von Dr. Godfried Thiers, dem Exekutivpräsidenten der 55. Tagung, im Namen des verhinderten scheidenden Präsidenten Eugen Nicolaescu eröffnet.

## Wahl der Tagungsleitung

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

Professor Recep Akdağ (Türkei)	Präsident
Dr. Jens Kristian Gøtrik (Dänemark)	Exekutivpräsident
Dr. David Harper (Vereinigtes Königreich)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Frau Zamira Sinoimeri (Albanien)	Berichterstatterin

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC56/2 Rev.1 und EUR/RC56/3 Rev.2)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

## Bericht des Regionaldirektors

*(EUR/RC56/4, EUR/RC56/Conf.Doc./1, EUR/RC56/Inf.Doc./1)*

Der Regionaldirektor hieß Montenegro als 53. Mitgliedstaat der Europäischen Region der WHO willkommen und gedachte des verstorbenen WHO-Generaldirektors, Dr. Jong-Wook Lee, und dreier Bediensteter des Regionalbüros, die bei einem Unfall in der Türkei ums Leben gekommen waren.

In seiner Ansprache beleuchtete er die herausragendsten Ereignisse bei der Arbeit des Regionalbüros im vergangenen Jahr. Der Gliederung des gedruckten Berichts folgend, konzentrierte sich der Vortrag auf fünf Gebiete: Zusammenarbeit mit den Ländern und Stärkung der Gesundheitssysteme, übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, Umwelt und Gesundheit, Information und Management. Daneben nannte er Partnerschaften als ein weiterhin unentbehrliches Werkzeug des Regionalbüros, insbesondere zur Lösung von Krisen; hierzu zähle die Zusammenarbeit mit der Übergangsverwaltungsmission der Vereinten Nationen im Kosovo beim Schutz der Gesundheit einer Roma-Gruppe durch Bleibelastungen, mit einer Reihe von Partnern beim Umgang mit den Vogelgrippeausbrüchen in Aserbaidschan und der Türkei sowie mit der Regierung Zyperns bei der Bewältigung eines akuten Flüchtlingszustroms.

Erstens habe das Regionalbüro weiter an der Verbesserung und maßgerechten Zuschneiderung seiner Dienste für alle Länder Region gearbeitet. In den 28 Ländern mit WHO-Büro seien die Büros modernisiert worden, die Programmumsetzung habe 98% erreicht und zum Ausbau der Partnerschaften vor Ort werde gemeinsam mit Weltbank, Europäischer Kommission, bilateralen Entwicklungsorganisationen, Organisationen der Vereinten Nationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGO) eine Strategie

entwickelt. Auch in Ländern ohne WHO-Büro habe man damit begonnen Zweijahresvereinbarungen zu treffen, wobei Andorra, Belgien, Deutschland und Portugal den Anfang bildeten. Die Zukunftsforen befassten sich mit Themen, die auch aufeinander folgende Ratspräsidentschaften der Europäischen Union (EU) schon betont hätten; das Programm im Rahmen des Stabilitätspaktes für Südosteuropa sei in seine zweite Phase getreten.

Außerdem sei das Regionalbüro im Rahmen konkreter Bedürfnisse von Mitgliedstaaten tätig geworden. Im Bereich der Stärkung der Gesundheitssysteme habe das Regionalbüro nicht nur Verfahren zur Unterstützung der Mitgliedstaaten erarbeitet, sondern führe mit diesen – insbesondere im Zuge der Vorbereitungen für die Ministerkonferenz im Jahr 2008 – auch eine breite Anhörung zu Themen wie Finanzierung, Humanressourcen, Leistungserbringung und Governance durch.

Zweitens habe das Regionalbüro weiter die Bekämpfung sowohl übertragbarer wie auch nicht übertragbarer Krankheiten betrieben. In enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro, dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Kommission und anderen Organisationen habe es die Regierungen der Länder beraten und die internationale Hilfe im Zusammenhang mit den Vogelgrippeausbrüchen zunächst in der Türkei und dann in Aserbaidschan koordiniert und die Länder bei der vorbereitenden Planung zur Hantierung künftiger Ausbrüche und einer möglichen Grippepandemie in der Region unterstützt. Zusammen mit dem Gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) und dessen Trägern arbeite das Regionalbüro für die Unterstützung der Länder bei dem Erhalt der Versorgung und dem Ausbau der Prävention. Die Ausbreitung der Tuberkulose verlange von der gesamten Region ein stärkeres politisches Engagement. Die im Oktober 2005 durchgeführte erste Europäische Impfwoche habe Eltern zur Impfung ihrer Kinder ermutigt und gesellschaftliche Solidarität gegen die durch Impfung vermeidbaren Krankheiten befördert.

Was nichtübertragbare Krankheiten betreffe, habe die Region Fortschritte hinsichtlich von Verboten für Tabakwerbung und für das Rauchen an öffentlichen Plätzen erzielt; allerdings sei das Rahmenabkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) noch von 14 Ländern zu ratifizieren. Nach umfassenden Vorbereitungen, darunter eine ausführliche Anhörung mit Mitgliedstaaten und NGO, veranstalte das Regionalbüro gemeinsam mit der Europäischen Kommission im November 2006 eine Ministerkonferenz zum Thema Adipositas.

Drittens konzentriere sich die Arbeit des Regionalbüros im Bereich Umwelt und Gesundheit auf die Umsetzung der Empfehlungen durch die Vierte Ministerielle Konferenz aus dem Jahr 2004 und auf ein Anregen von Maßnahmen durch die jährliche Themenauswahl des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC). Viertens strebe das Büro danach, Entscheidungsträger mit auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Informationen zu versorgen, insbesondere durch das Health Evidence Network (HEN) und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Fünftens seien Transparenz und Kontrolle der Arbeit des Regionalbüros mit Unterstützung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) verbessert und ein Handlungsplan für eine bessere Personalführung aufgestellt worden. Eine Stellvertretende Regionaldirektorin sei ernannt worden.

Der auf Einladung des Regionaldirektors redende Direktor für Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung bei der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission würdigte die Bedeutung der Partnerschaft zwischen Europäischer Kommission und Regionalbüro als von größter Bedeutung für beide Seiten. Die Gesundheitspolitik der EU befinde sich in einer entscheidenden Phase; zu den Tätigkeiten zählten die Erstellung eines neuen Gesundheitsprogramms im Jahr 2007, Gegenmaßnahmen gegen übertragbare Krankheiten, Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der wichtigsten Gesundheitsdeterminanten (wie Alkohol, psychische Gesundheit und Ernährung), Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds für Investitionen in Gesundheitsinfrastruktur und Humanressourcen, Zusammenarbeit mit den europäischen Nachbarn im weiteren Sinne und Entwicklung einer Strategie zur Einbeziehung des Themas Gesundheit in alle Gemeinschaftspolitiken. Es sei wichtig nicht nur die WHO, sondern auch alle maßgeblichen EU-Stellen einzubeziehen, z. B. das ECDC, die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA).

Regionale und globale Gesundheitsthemen würden von EU und WHO sogar noch mehr Geschlossenheit verlangen. Die beiden Organisationen ergänzten sich gegenseitig in ihren Rollen, sie sollten Synergieeffekte anstreben und Überschneidungen vermeiden. Fortschritte seien bei der Sicherung einer kohärenteren Herangehensweise an das Thema Partnerschaft, der wirksamen Zusammenarbeit zwischen ECDC und Regionalbüro und der gemeinsamen Arbeit zu Pandemien, Adipositas, psychischer Gesundheit sowie Umwelt und Gesundheit erzielt worden. Weitere Felder der Zusammenarbeit würden sich im Rahmen des Budgets 2006 des EU-Programms für öffentliche Gesundheit auftun, das Mittel für die WHO vorsehe. Die Europäische Kommission werde mit Freuden durch eine Beteiligung an der Diskussion zur Zukunft des Regionalbüros eine noch wirksamere Partnerschaft aufbauen.

In der sich anschließenden Aussprache gratulierten nahezu alle Rednerinnen und Redner dem Regionaldirektor für seinen erstklassigen Bericht. Positiv aufgenommen wurde das neue Format des Berichts und seine Schwerpunkte, u. a. Gesundheitsrisiken durch Alkoholmissbrauch, Unterstützung für die Praxis der Gesundheitsversorgung in der Region, Gesundheitstrends und Gesundheitsdeterminanten. Das Regionalbüro und seine Bediensteten wurden für ihren Einsatz gegen die Vogelgrippe gemeinsam mit dem ECDC gelobt; in einem Beitrag wurden außerdem die Bediensteten des Regionalbüros noch einmal gewürdigt, die ihr Leben im Dienst für die Organisation gelassen hatten.

Eine Reihe von Rednern lobte die Unterstützung des Regionalbüros für die Länderbüros, in einem Redebeitrag wurde die Länderarbeit der WHO als „mutig“ charakterisiert. Der erfolgreiche Abschluss bi- und multilateraler Vereinbarungen zu wichtigen Fragen, insbesondere mit Organen der Europäischen Kommission, wurde ebenso vermerkt wie die steigenden Ausgaben für die Notfallvorbereitung und die Unterstützung der Länderbüros. Der Organisation wurde für ihre Arbeit im Rahmen der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) gedankt, die zu einem Rückgang der Inzidenz von Hepatitis unter Erwachsenen und Kindern in der Region geführt habe. Die vom Büro bereitgestellten Strategien und Hilfen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in bestimmten Ländern wurden ebenfalls begrüßt.

In einer Wortmeldung wurden die hohe Abhängigkeit der WHO von freiwilligen Beiträgen und die Auswirkungen hierdurch auf Planung und Haushaltsführung beklagt. Es wurde zu Bedenken gegeben, dass das Verfahren zur Festlegung des Zweijahreshaushalts von der Vorlage einer konkreteren Analyse (wie dies in der Region Westpazifik erfolgt sei) profitiert hätte und dadurch eine stärker ergebnisorientierte Herangehensweise an die Haushalte befördert worden wäre.

Die meisten Redebeiträge erwähnten die Versuche der jeweiligen Länder, die nichtübertragbaren Krankheiten zurückzudrängen. In einem Beitrag wurde bemerkt, dass kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs und Verletzungen 80% der Mortalitätsrate in den im Umbruch befindlichen Ländern der östlichen Region ausmachten. Investitionen in die Bekämpfung solcher Krankheiten würden die Lebensqualität in diesem Bereich erheblich verbessern. In vielen Wortmeldungen wurde die Bedeutung von Prävention für die Gesundheit hervorgehoben; Präventionspolitik sei ein kostenwirksames Mittel, um Gesundheit für alle zu erreichen. In einem weiteren Beitrag wurde gefordert, der Kampf gegen den Tabak solle Priorität genießen und die Organisation solle in dieser Auseinandersetzung die Führung übernehmen. Mehrere Redebeiträge bezogen sich auf Zugewinne für die Bevölkerungsgesundheit und einen verbesserten Zugang zur Versorgung durch Aufgreifen des Themas gesellschaftliche Ausgrenzung. In zwei Beiträgen wurde ausdrücklich die Wichtigkeit einer Förderung der psychischen Gesundheit in diesem Zusammenhang genannt.

Eine Reihe von Anregungen zur Weiterentwicklung des Programms des Regionalbüros wurde gegeben. Die Notwendigkeit konkreter Verbindungen zwischen dem Allgemeinen Arbeitsprogramm (GPW), dem Mittelfristigen Strategieplan (MTSP) und den Maßnahmen der Länder wurde betont. Zu den Prioritäten für die Zukunft gehörten die Bereitstellung von Gesundheitspersonal für einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Aufrechterhaltung des politischen und finanziellen Einsatzes gegen wichtige Krankheiten. Bei diesem Kampf seien niedrige Arzneimittelpreise ebenso wichtig wie Investitionen in innovative Impfstoffentwicklung und gemeinsame Einkaufsverfahren. Ein schneller Schutz bei Ausbruch pandemischer Krankheiten erfordere epidemiologische Überwachungssysteme, die daher eine Priorität sein sollten. Der Organisation wurde geraten, Partnerschaften zwischen öffentlichem und privatem Sektor

zu fördern und dabei von einem Verständnis von Gesundheit als wirtschaftlicher Triebkraft auszugehen. Die Region wurde auch gemahnt, über die Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit ihrer eigenen Bevölkerung hinaus auch globale Verantwortung für Gesundheit zu demonstrieren.

Der Vertreter Montenegros erklärte, dass sich sein Land als jüngstes Mitglied der WHO-Familie für die Verwirklichung der Grundsätze der WHO und ihrer Zielsetzung „Gesundheit für alle“ einsetzen werde. Außerdem werde seine Regierung zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts zwischen den Balkan-Staaten auf eine engere Zusammenarbeit in gesundheitspolitischen Fragen hinarbeiten und das Gesundheitsministerium werde insbesondere die Integration innerhalb der Europäischen Union sowie eine enge transatlantische Kooperation anstreben.

In seiner Erwiderung stellte der Regionaldirektor fest, die Diskussion habe deutlich gezeigt, dass die WHO und ihre Mitgliedstaaten dieselben Besorgnisse teilten. Die angesprochenen Themen seien entweder auf der Tagesordnung des Regionalbüros oder in den vom Regionalbüro derzeit entwickelten Programmen zu finden. Erhebliches Interesse sei für die Themen aus dem Bereich der Lebensweisen geäußert worden, hierunter auch für den Alkoholmissbrauch. Die Erörterung der nichtübertragbaren Krankheiten am Nachmittag werde alle wichtigen damit verbundenen Faktoren umfassen, wenngleich, wie er erkenne, der erheblichen Belastung der Gesundheitssysteme durch Alkohol vielleicht nicht genügend Raum gegeben worden sei. Die Mitgliedstaaten hätten erneut viele Bitten geäußert, doch reichten die vorhandenen Mittel nicht aus, diese alle zu befriedigen; daher werde sich das Büro weiter auf prioritäre Bereiche konzentrieren.

Er stimme einem Redebeitrag zu, indem Nachdruck auf die Menschen im Zentrum aller Gesundheitspolitik gelegt worden sei. Er hoffe, dass eine solche Einbeziehung der Bürger in die Gesundheitspolitik größere Ausbreitung finden werde.

Er unterstützte auch einen Kommentar, dass das Büro seine Arbeit an die konkreten Länder anpassen müsse: Damit sie sinnvoll sein könne, müsse die Beratung durch die Organisation allerdings eine der Grundlagen für die Umsetzung sein. Angesichts aktueller Gesundheitskrisen könnten die Empfehlungen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit nicht zur Geltung gebracht werden, wenn die Gesundheitssysteme sich nicht anpassen könnten.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin bezog sich auf die Bemühungen im Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit: Das Büro bemühe sich um eine Übertragung der Erkenntnisse in konkretere, ländergerechte Pläne. In Bezug auf Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen gebe es immer noch Lücken und Ungleichgewichte in der Region, insbesondere bei den nichtübertragbaren Krankheiten.

Ein Ausbau ihrer Länderpräsenz sei eine wichtige Methode für die WHO zunehmend bedarfsgerechter auf die Erfordernisse der Länder reagieren zu können; die Investitionen in die Länderarbeit würden stetig erhöht. Die Bemühungen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele seien in einem Bericht über die Umsetzung der Länderstrategie dargestellt worden; diese Arbeit werde, mit Nachdruck auf die Stärkung der Gesundheitssysteme, fortgesetzt. Das Büro werde damit fortfahren, Erkenntnisse für die politischen Akteure zu gewinnen, insbesondere durch das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und das HEN.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC56/R1.

## **Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark**

Die Kronprinzessin bedankte sich für die Gelegenheit, das Wort an die Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO richten zu dürfen. In ihrer Eigenschaft als Schirmherrin des Regionalbüros für Europa beabsichtige sie, sich auf konkrete Arbeitsgebiete des Büros zu konzentrieren und größeres Bewusstsein in der Europäischen Region zu schaffen, in der Erkrankungen,



Leiden und fehlender Zugang zu grundlegenden medizinischen Leistungen für viele Menschen die alltägliche Wirklichkeit bedeuteten. Sie begrüßte es, dass eine Sitzung der Erörterung des Themas nichtübertragbare Krankheiten gewidmet sei, die für einen Großteil der Krankheitslast und der Sterbefälle in der Region verantwortlich seien. Das wachsende Problem der Adipositas im Kindesalter liege ihr besonders am Herzen und sie wolle ihren Teil zur bevorstehenden Ministerkonferenz über die Bekämpfung der Adipositas und die Förderung der körperlichen Betätigung beitragen.

Sie werde sich auch insbesondere für zwei weitere Arbeitsbereiche des Büros einsetzen. Impfungen, die in Bezug auf eine wirksame Verringerung von Krankheit und Tod an zweiter Stelle nach der Einführung sicheren Trinkwassers kämen, seien immer noch nicht für jedes Kind in der Region garantiert; der Rückgang der Impfraten sei zum Teil durch den Erfolg der Impfungen selbst bedingt – die Menschen seien sich der ernsthaften Bedrohung durch die Krankheiten nicht mehr bewusst. Als Schirmherrin zweier Organisationen für psychische Gesundheit in Dänemark beabsichtige die Kronprinzessin mit dem Regionalbüro an Initiativen zur Unterstützung und Entstigmatisierung derjenigen zu arbeiten, die von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen seien. Die Prinzessin wünschte dem Regionalkomitee Erfolg bei seiner Arbeit.

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

*(EUR/RC56/5)*

Die Vertreterin der Europäischen Region im Exekutivrat, die für die Teilnahme an den Tagungen des SCRC als Beobachterin vorgesehen war, erinnerte zu Beginn ihrer Ausführungen an den verfrühten Tod des Generaldirektors am Tag vor der Weltgesundheitsversammlung und gratulierte und dankte dem Sekretariat des WHO-Hauptbüros dafür, dass es unter solch schwierigen Umständen eine reibungslose Fortsetzung der Konferenz ermöglicht habe. Der Exekutivrat habe den Beigeordneten Generaldirektor gebeten, kommissarisch die Aufgaben des Generaldirektors zu übernehmen, und dann ein beschleunigtes Verfahren für die Wahl eines neuen Generaldirektors beschlossen. Insgesamt 13 Kandidaturen seien eingegangen, davon fünf aus der Europäischen Region. Der Exekutivrat werde vom 6. bis 8. November 2006 tagen und der/die von ihm ausgewählte Kandidat/in solle am 9. November 2006 einer außerordentlichen Weltgesundheitsversammlung zur Ernennung vorgeschlagen werden.

Die 59. Weltgesundheitsversammlung habe 27 Resolutionen angenommen, von denen zwei im Ausschuss für Programm-, Haushalts- und Verwaltungsfragen (PBAC) für erhebliche Diskussionen gesorgt hätten. Die Resolution WHA59.19 über eine globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen sei schon seit langem erwartet worden: Ein von mehreren Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region vorgeschlagenes schriftliches Konsultationsverfahren habe eine Annahme der Resolution durch die Weltgesundheitsversammlung ermöglicht. Die zweite Resolution (WHA59.4) zum 11. GPW habe eine außerordentliche Tagung des PBAC erforderlich gemacht; die Europäische Region, der SCRC und die beiden europäischen Mitglieder des Exekutivrats seien an der Ausarbeitung des endgültigen Entwurfs maßgeblich beteiligt gewesen.

Eine Frage zu Resolution WHA59.2 über die Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und mit besonderem Bezug auf die Notwendigkeit, die Mitgliedstaaten beim Aufbau von Kapazitäten für die Bekämpfung von Epidemien zu unterstützen, beantwortete der Regionaldirektor mit dem Hinweis, das Regionalbüro stehe in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Büro für nationale Epidemievorsorge und -bekämpfung in Lyon, das aufgrund seiner Lage hoffentlich für die Länder der Europäischen Region von besonderem Nutzen sein werde. Wegen der Bedrohung durch die Vogelgrippe würden die Länder dazu ermutigt, die Internationalen Gesundheitsvorschriften so schnell wie möglich umzusetzen. Generell arbeite das Regionalbüro eng mit der Europäischen Kommission, dem ECDC, dem WHO-Hauptbüro und anderen europäischen und internationalen Organisationen zusammen, um eine effiziente Nutzung der Ressourcen zu gewährleisten.

In Bezug auf die Resolution zur Umsetzung der Empfehlungen des Globalen Arbeitsteams zur Verbesserung der Aids-Koordinierung (WHA59.12) stimme das Regionalbüro seine Arbeit eng mit der Tätigkeit von UNAIDS, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie anderen Organisationen ab. Es verfüge innerhalb des Regionalbüros und in den betroffenen Ländern über einen Stab von insgesamt 50 Mitarbeitern, die mit dem Bereich HIV/Aids befasst seien, und beteilige sich an regelmäßig stattfindenden internationalen Tagungen und anderen gemeinsamen Aktionen.

Auf eine klärende Nachfrage zur Resolution WHA59.24 über geistige Eigentumsrechte und eine bei der WHO zu erstellende Patent-Datenbank erklärte die Stellvertretende Regionaldirektorin, die Organisation verfolge seit 2003 die Entwicklung von Produkten für die Behandlung von HIV einschließlich ihrer Preise und habe bisher 20 antiretrovirale Medikamente ermittelt, die in die Datenbank aufgenommen würden. Die Methodologie sei bereits entwickelt worden und die nationalen Patentämter sollten in die Suche nach Patenten einbezogen werden. Die zwischenstaatliche Arbeitsgruppe, deren Aufgabe die Erstellung eines Aktionsplans für geistige Eigentumsrechte sei, stehe allen Mitgliedstaaten offen; ihre erste Tagung werde vom 4. bis 8. Dezember 2006 in Genf stattfinden.

### **Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

*(EUR/RC56/6, /6 Add.1, EUR/RC56/Conf.Doc./2)*

Der SCRC-Vorsitzende bemerkte, dass der 13. SCRC im Laufe des Jahres fünf Male zusammengekommen sei und dass die Berichte auf der Website des Regionalbüros zur Verfügung stünden. Neben der Prüfung von Maßnahmen des Sekretariats zur Weiterverfolgung der vom Regionalkomitee verabschiedeten Resolutionen sei der SCRC an der Auswahl und Vorbereitung der Fach- und Grundsatzthemen beteiligt gewesen, die auf der aktuellen Tagung erörtert würden. Einzelne Mitglieder des SCRC würden dessen Ansicht zu diesen Themen anlässlich des entsprechenden Tagesordnungspunktes vertreten.

Wie vom Regionalkomitee gefordert, habe der SCRC eine Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa eingerichtet und ihre Fortschritte im Laufe des Jahres eng verfolgt. Der Bericht zu diesem Thema (Dokument EUR/RC56/11) stelle die vereinten Ansichten der Arbeitsgruppe, des SCRC und des Sekretariats im Regionalbüro dar.

Der SCRC sei regelmäßig über Entwicklungen in Bezug auf die Vogelgrippe, darunter auch die Ausbrüche unter Menschen in zwei Mitgliedstaaten Anfang 2006 informiert worden. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region verfügten derzeit über Notfallpläne und die Arbeit zur Erprobung dieser Pläne durch Besuche in Mitgliedstaaten werde fortgesetzt, zum großen Teil gemeinsam mit dem ECDC.

Der SCRC habe die Vorkehrungen des Sekretariats zur Durchführung einer regionalen Anhörung zum 11. GPW im Januar 2006 begrüßt. Die Schlussfolgerungen dieser Anhörung hätten als Grundlage für Beiträge der WHO-Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region bei der 117. Tagung des Exekutivrats sowie bei der Sondersitzung des PBAC im Februar 2006 gedient. Das 11. GPW sei von der 59. Weltgesundheitsversammlung angenommen worden.

In ähnlicher Weise habe der SCRC bei verschiedenen seiner Tagungen die sukzessive Verfeinerung der Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung der WHO geprüft, wozu auch die Anwendung mathematischer Modelle und Validierungsverfahren gehörten. Seine Ansichten (insbesondere zur Bedeutung der so genannten „Engagement-Komponente“) sei auf globaler Ebene durch die beiden Mitglieder des PBAC aus der Europäischen Region klar zum Ausdruck gebracht worden und auf der 118. Tagung des Exekutivrats im Mai 2006 sei ein Konsens über die neue, verbesserte Methode erzielt worden.

Auf seiner dritten Tagung sei dem SCRC das vorgeschlagene neue Format für den MTSP 2008–2013 vorgestellt worden, durch das die bisherige Arbeitsbereichsstruktur des Zweijahreshaushalts durch weniger, dafür strategischere Ziele ersetzt werde. Der SCRC habe das neue Managementkonzept begrüßt, durch das eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Haushaltszeiträumen erleichtert und der Aufwand für das Haushaltsverfahren in den folgenden Zweijahreszeiträumen verringert werden sollte.

Andererseits habe der SCRC nicht die Zeit gehabt, die konkreten Haushaltsvorschläge für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 zu erörtern. Man sei allerdings der Ansicht, dass eine faire und transparente Methode zur Verteilung des ordentlichen Haushalts integraler Bestandteil jedes Validierungsverfahrens sein muss, dass sich mit dem Anteil der einzelnen Regionen an den Gesamtmitteln der Organisation befasse.

Auf seiner dritten Tagung schließlich habe der Regionaldirektor den SCRC darin erinnert, dass er gebeten worden sei (durch Resolution EUR/RC55/R4) ein Papier über Indikatoren vorzulegen, welche zur Beobachtung der Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA) in den Ländern benutzt werden könnten. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik habe ihn davon in Kenntnis gesetzt, dass die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Indikatoren für diesen Zweck mindestens drei Jahre Arbeit erfordern würde. Auf seiner vierten Tagung seien dem SCRC dementsprechend drei Optionen für die GFA-Beobachtung vorgestellt worden. Man habe vereinbart, die Mitgliedstaaten auf der gegenwärtigen Tagung des Regionalkomitees zu befragen, was sie in diesem Zusammenhang erwarteten. Das Thema werde unter dem Tagesordnungspunkt Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa behandelt werden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC56/R6.

## Grundsatz- und Fachfragen

### Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (EUR/RC56/8, EUR/RC56/Conf.Doc./3)

In seiner Einführung in die Thematik erläuterte der zuständige Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme, dass die wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO für 86% aller Todesfälle und 77% der Krankheitslast verantwortlich seien. Allein auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs entfielen schon mehr als zwei Drittel aller Todesfälle. Zusammen mit psychischen Gesundheitsproblemen seien sie auch für mehr als 50% der gesamten Behinderungslast verantwortlich. Die hochgerechnete Zahl der Todesfälle für das Jahr 2005 betrage ca. 5 Mio. infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 2 Mio. für Krebs. Übertragbare Krankheiten verursachten zwar weniger Todesfälle (weniger als 100 000 pro Jahr), doch hätten manche Länder unter einer doppelten Belastung mit hohen Zahlen in beiden Kategorien zu leiden. Die häufigste Todesursache in der Region seien Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Sie seien für jeden zweiten Todesfall verantwortlich und auch die Hauptursache für die Differenz von fast 20 Jahren zwischen bestimmten Ländern der Region in Bezug auf die Lebenserwartung. Das größte Potenzial für gesundheitliche Zugewinne in Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion liege in der Verringerung der Zahl der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Nichtübertragbare Krankheiten würden in zunehmendem Maße zu einer Belastung für Gesundheitssysteme, Volkswirtschaften und Gesellschaft. Die Gesundheitsversorgung werde durch Patienten mit chronischen Erkrankungen stark in Anspruch genommen. Zu den ökonomischen Folgen zählten Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Produktivitätseinbußen und eine hohe Fluktuation der Arbeitnehmer.

Die wichtigsten Ursachen der nichtübertragbaren Krankheiten seien bekannt. Nahezu 60% der Krankheitslast sei durch sieben Risikofaktoren bedingt: Bluthochdruck, Tabak, Alkohol, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht, zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse und Bewegungsmangel. Auch Diabetes sei eine wesentliche Krankheitsursache. Diese Risikofaktoren seien für mehr als eine Erkrankung von Bedeutung und träten insbesondere in sozial benachteiligten Gruppen konzentriert auf. Daher sei ein umfassender Ansatz so wichtig.

Es gebe effektive Maßnahmen zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten. Nach Schätzungen könnten bei Eliminierung der wichtigsten Risikofaktoren 80% der Fälle von Herzkrankheit, Schlaganfall und Diabetes vom Typ 2 sowie 40% der Krebsfälle verhindert werden. Leider sei die Gesundheitsversorgung nicht auf Prävention, sondern primär auf Heilung ausgerichtet. Lediglich 3% der gesamten Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) würden auf Gesundheitsprogramme und Prävention verwandt. Es sei dennoch viel erreicht worden. Mehrere

Länder hätten einen Rückgang der Mortalität infolge nichtübertragbarer Krankheiten erreicht und Untersuchungen hätten ergeben, dass ca. 50% davon auf Maßnahmen zur Prävention von Risikofaktoren wie Rauchen und zwischen 23% und 46% auf Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen seien. Es bestehe weiterhin Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualität, Reichweite und Umsetzung der Interventionen.

Zukunftsausblick. Es gebe eine besorgniserregende Entwicklung hinsichtlich des Übergewichts bei Schulkindern, die schon in den 1960er Jahren eingesetzt habe. Europa befinde sich in einem Alterungsprozess. Bis 2050 werde mehr als ein Viertel der Bevölkerung der Region über 65 Jahre alt sein und mehr als ein Drittel der Männer über 60 Jahre werde an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden.

Vor zwei Jahren habe das Regionalkomitee eine Strategie gefordert, die umfassend, maßnahmenorientiert, zielgerichtet und für eine heterogene Region geeignet sei und gegenüber der gegenwärtigen Situation einen Mehrwert beinhalte. Diese Strategie sei das Ergebnis enger Zusammenarbeit mit einer Experten-Gruppe sowie ausführlicher Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und zahlreichen anderen Partnern. Auf Wunsch der Länder umfasse die Strategie die Bereiche Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung in einem Rahmen. Die Ziele bestünden darin, integrierte Maßnahmen zu Risikofaktoren und ihren zugrunde liegenden Determinanten zu ergreifen und die Gesundheitssysteme für Aufgaben der Prävention und Bekämpfung stark zu machen.

Ein Mitglied des SCRC betonte, die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sei eine sehr wichtige Aufgabe, bei der die wirtschaftliche Gesundheit aller Länder auf dem Spiel stehe. Die Strategie sei umfassend, beinhalte einen Mehrwert, enthalte Verfahren für die Bündelung verschiedener Handlungsstränge und bilde eine Grundlage für die Senkung der Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten. Ein zentrales Anliegen der Strategie sei die Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Es würden Investitionen benötigt und eine Umschichtung von Mitteln sei schwierig, doch die Strategie biete hierfür eine entscheidende Chance. Der Ständige Ausschuss empfehle, die Umsetzung der Strategie solle ihren Niederschlag im Programmhaushaltsentwurf sowie im Mittelfristigen Strategieplan finden. Er freue sich auf die Arbeit zur Umsetzung des Aktionsplans.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten die Delegierten die Strategie nachdrücklich und erklärten, sie wollten sie auf allen Ebenen deutlich sichtbar machen. Der Vertreter eines Landes gratulierte dem Regionalbüro im Namen der Europäischen Gemeinschaft und der EU-Beitrittsländer und -kandidaten zur Erstellung der Strategie. Nichtübertragbare Krankheiten seien von äußerster Wichtigkeit für die öffentliche Gesundheit: Umfassende Interventionen zu relativ niedrigen Kosten böten ein enormes Potenzial. Es habe in der EU auf diesem Gebiet in den letzten Jahren viele Veränderungen gegeben und weitere seien geplant, z. B. in den Bereichen Alkohol und Gesundheit, psychische Gesundheit und Gesundheitsüberwachung. Der integrierte Ansatz für die Prävention fand deutliche Zustimmung. Sektorübergreifende Konzepte und Gesundheitsförderungsmaßnahmen seien kosteneffektiv und nachhaltig, doch setzten sie eine aktive Aufsichts- und Schutzfunktion des Gesundheitssektors voraus. Das besondere Augenmerk auf Ungleichheiten im Gesundheitsbereich sowie zwischen den Geschlechtern sei zu begrüßen. Die Strategie werde in den kommenden Jahren zum wichtigsten umfassenden Handlungsinstrument zur Verbesserung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich in der Region werden. Nun seien entschlossenes Handeln und ein entsprechender Aktionsplan erforderlich. Die Erfolge würden nicht nur in Form einer Verringerung menschlichen Leidens, sondern auch an einer positiven wirtschaftlichen Entwicklung sichtbar.

Einige Delegierte aus Ländern im wirtschaftlichen Umbruch berichteten von einer Zunahme der nichtübertragbaren Krankheiten infolge eines sinkenden Lebensstandards und des Zusammenbruchs der Gesundheitssysteme sowie von steigendem Alkoholkonsum und einer sinkenden Lebenserwartung in ihren Ländern. Die nichtübertragbaren Krankheiten stellten eine Belastung für die Volkswirtschaft dar und kämen zu den anderen Problemen ärmerer Länder wie der Bewältigung übertragbarer Krankheiten und der mangelnden Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme hinzu. Es gelte nun, einen Übergang zu vollziehen von der Schwerpunktlegung auf Behandlung zur Verbesserung der Gesundheitssituation. Dennoch sei auch das Krankheitsmanagement wichtig. Manche Patienten benötigten in ihrem Alltag eine kontinuierliche Versorgung. Eine Politik der gesundheitlichen Prävention müsse mit einer angemessenen

Entwicklung der Gesundheitssysteme einhergehen und dabei müsse eine Verstärkung der primären Gesundheitsversorgung im Vordergrund stehen.

Die Länder hätten sich an dem Konsultationsprozess intensiver beteiligt als je zuvor und sich auf die grundlegenden Konzepte geeinigt. Es sei wichtig, den Bereich der psychischen Gesundheit nicht zu vernachlässigen, da diese die zweithäufigste Ursache für Morbidität darstelle. Es wurde darauf hingewiesen, dass Tabakkonsum, Adipositas und psychische Gesundheitsprobleme extrem hohe Kosten verursachen, während ihre Bekämpfung relativ kostengünstig und unkompliziert sei. Die Gesundheitsministerien müssten nun nicht nur in die Schulung von Ärzten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung investieren, sondern auch in Aufklärungskampagnen über die Notwendigkeit gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung. In einer Wortmeldung wurde eine stärkere Betonung der Verantwortung des Einzelnen für ein gesundes Leben gefordert. Der integrierte Ansatz sei auf vielen unterschiedlichen Ebenen sehr wichtig. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit erforderlich sei.

Ein Delegierter sagte im Namen der drei baltischen Staaten, es höre sich einfach an, von wissenschaftlichen Erkenntnissen, bekannten Ursachen und anerkannten Präventionsmaßnahmen zu einer Befähigung der Gesundheitssysteme durch sektorübergreifende Maßnahmen überzugehen, es sei jedoch nicht immer so leicht und deshalb werde die geplante Strategie hier von Nutzen sein. Die baltischen Staaten beteiligten sich am CINDI-Netzwerk (Integriertes Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten) und Litauen wolle aufgrund seiner Erfahrungen auf diesem Gebiet eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung der Strategie übernehmen. Litauen bot auch die Ausrichtung einer hochrangigen Tagung zum Thema nichtübertragbare Krankheiten an.

Die Länder berichteten von ihren Erfolgen. So wurde u. a. von einer Halbierung der Mortalität infolge von nichtübertragbaren Krankheiten innerhalb von 30 Jahren berichtet. Es sei wichtig, das Thema Chancengleichheit im Gesundheitsbereich in vielfältiger Weise zu behandeln und dabei andere Politikbereiche sowie die Kommunalebene einzubeziehen. Es seien wesentliche Veränderungen in Bereichen wie der Energie- und Verkehrspolitik und in der Lebensmittelindustrie erforderlich; außerdem werde grundsätzlich ein nachhaltigerer Ansatz benötigt. Bei einer anderen Wortmeldung wurde von einer Senkung der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Mortalität um 34% zwischen 1990 und 2002 und von einem Rückgang der Rate für invasive Zervixkarzinome um 10% berichtet; außerdem würden weitere Untersuchungsprogramme eingeführt. Krebs werde ein Thema auf der Tagesordnung der slowenischen EU-Präsidentschaft im Jahr 2008 sein.

Die Strategie wurde auch von Vertretern der nichtstaatlichen Organisationen unterstützt. Diese äußerten sich insbesondere besorgt über nachgeahmte Medikamente, erwähnten die zweite Erklärung von Helsingborg zur Schlaganfallbehandlung und die bevorstehende Charta für Herzgesundheit und warnten vor der Vermarktung gesundheitsschädlicher Produkte für Kinder und Jugendliche.

Die Beigeordnete Generaldirektorin der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit beim WHO-Hauptbüro erklärte, es sei eine gemeinsame Zukunftsvision für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten entworfen worden, die ebenso detailliert wie viel versprechend sei. In den kommenden Jahren werde viel Engagement notwendig sein, um die Gesundheitssituation der Bevölkerung zu verbessern. Der Abbau von Ungleichheiten sei bei der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten von zentraler Bedeutung und erfordere innovatives Denken.

In seiner Antwort bedankte sich der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme bei den Delegierten für ihre Unterstützung und fügte hinzu, die Arbeit habe gerade erst begonnen und bewege sich nun in Richtung des Aktionsplans und seiner Umsetzung.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC56/R2.

### **Programmbudgetentwurf für 2008–2009 und Mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013** (EUR/RC56/10, EUR/RC56/10 Add.1, EUR/RC56/Conf.Doc./4)

Die Direktorin für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung beim WHO-Hauptbüro stellte den Programmbudgetentwurf für 2008–2009 und den Mittelfristigen Strategieplan für 2008–2013 (MTSP) kombiniert als ein Dokument vor. Der MTSP entspreche den im 11. GPW benannten Notwendigkeiten im Rahmen der ebenfalls dort beschriebenen langfristigen gesundheitlichen Perspektiven und zentralen Aufgaben der Organisation.

Rückmeldungen aus den Mitgliedstaaten hätten darauf hingedeutet, dass die 36 Arbeitsbereiche zur Gliederung des aktuellen Programmbudgets ein Hindernis für die Zusammenarbeit über die Fachgebiete hinweg darstellten, die auf Ebene der Länder und Regionen besonders notwendig sei; der Zweijahresrahmen sei auch nur schlecht an den strategischen Charakter der Arbeit der WHO angepasst. Der MTSP nenne 16 strategische Querschnittsziele und umfasse drei Programmbudgets.

Der vorgeschlagene Programmbudget 2008–2009 gebe die erforderlichen Mittel zur Erreichung jedes Ziels an, was mit den Bemühungen um eine bessere Verwaltung der Mittel der Organisation übereinstimme und einen qualitativen Quantensprung bedeute. Auch als Reaktion auf Forderungen der Mitgliedstaaten sei der Programmbudget als Gesamtdokument angelegt, in dem drei Finanzierungsquellen angegeben würden, darunter die neue Kategorie der ausgehandelten freiwilligen Beiträge.

Der vorgeschlagene Anstieg des ordentlichen Haushalts für das Regionalbüro betrage 8,6% für den Zeitraum 2006–2007, der Anstieg für den integrierten Gesamthaushalt betrage ca. 38%. Der Trend zur Umleitung von Mitteln in die Regionen und Länder werde fortgesetzt und solle 70% der Mittel im Zweijahreszeitraum 2008–2009 umfassen.

Die Leitende Beraterin Programmplanung und -umsetzung des WHO-Regionalbüros für Europa erläuterte die Pläne des Büros vor dem neuen Hintergrund des auf zehn Jahre angelegten 11. GPW und des MTSP. Dazu gehöre eine nähere Betrachtung des vorgeschlagenen Programmbudgets 2008–2009 in Bezug auf seinen Inhalt und seine Finanzierung. Das Regionalbüro begrüße die durch die 16 Strategischen Ziele des MTSP vorgegebene horizontale Herangehensweise, durch die die Umsetzung auf Länderebene ausgeweitet werde. Mit der Anpassung an die Prioritäten der Region sei der MTSP auf vier Bereiche konzentriert: nichtübertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit, Gesundheitssysteme und stärkere Länderpräsenz.

Was die Umsetzung betreffe, so werde der vorgeschlagene Anstieg des Haushalts auf 277 Mio. US-\$ zusätzliches Personal in den Ländern erforderlich machen. Wenn das Management an allen sieben Organisationsorten gleiche gestalterische Möglichkeiten haben solle, müsste am Anfang der Haushaltsperiode der jeweils gleiche Anteil am Haushalt zur Verfügung stehen. Die gegenwärtige Lage, in der zwei dieser Orte bei fast identischen Gesamthaushalten sehr verschiedene ordentliche Haushalte hätten, könne nicht als gerecht betrachtet werden. Das Validierungsverfahren sei zur Erhöhung von Transparenz und Fairness eingeführt worden, dennoch folge die Verteilung des ordentlichen Haushalts weiter der historisch überlieferten Praxis.

Eine Vertreterin des SCRC begrüßte die Arbeit zur besseren Integration des GPW in den MTSP. Der Ständige Ausschuss habe die horizontale Herangehensweise, die sich in den 16 Strategischen Zielen widerspiegeln, willkommen geheißen – er sei lange für diesen Wechsel eingetreten. Der Ständige Ausschuss habe dem Prozess und dem Inhalt des GPW früher recht kritisch gegenübergestanden und zwei der zu beantwortenden Fragen seien, ob die Verknüpfung zwischen den GPW-Prioritäten, den zentralen Aufgaben der WHO und den Strategischen Zielen aus dem MTSP verdeutlicht worden wäre und ob die WHO zu einer effizienteren Arbeitsweise befähigt würde.

Der Ständige Ausschuss habe auch Bedenken, ob ein so großer Anstieg im vorgeschlagenen Programmbudget der Organisation realistisch zu erwarten sei. Sie bemerkte auch, dass das Verhältnis zwischen ordentlichen und freiwilligen Beiträgen wahrscheinlich noch unausgewogener werden würde, was

gleichzeitig Folgen für die Leitungsfunktion hätte. Angesichts der mit dem Haushalt verbundenen Unwägbarkeiten sei es klug, Notmaßnahmen für den Fall möglicher Haushaltskürzungen vorzubereiten.

Trotz seiner relativen Größe, sei der vorgeschlagene Haushaltsanstieg für das Regionalbüro nur ein kleiner Tropfen im Vergleich zu den gesundheitlichen Problemen in der Region und zu den Haushalten der übrigen WHO-Regionen. Der Ständige Ausschuss sei enttäuscht, dass sich die Region am unteren Ende des vereinbarten Verteilungsumfangs befinde und dass sich das Validierungsverfahren nicht auf den ordentlichen Haushalt zu beziehen scheine.

Sie lud die Delegierten zur Erwägung einer Reihe von Fragen ein: Solle der Regionaldirektor um die Aufnahme von Verhandlungen mit dem Hauptbüro über die Verteilung der ordentlichen Haushaltsmittel gebeten werden? Solle das Regionalkomitee seine Mitglieder im Exekutivrat bitten, die Unzufriedenheit der Region mit der Verteilung der ordentlichen Haushaltsmittel zum Ausdruck zu bringen?

In der sich anschließenden Debatte sagte ein Vertreter, der im Namen der Europäischen Gemeinschaft, der dem Europäischen Wirtschaftsraum angeschlossenen Länder und der EU-Beitrittsländer und -kandidaten sprach, dass die Strategischen Ziele des MTSP eine Verbesserung in vertikalen Bereichen der Arbeit bedeuten und auch einen zeitlichen Vergleich der Haushalte ermöglichen würden. Der MTSP werde ergebnisorientiertes Management und Transparenz befördern. Zwar werde die der globalen Gesundheitssicherheit beigemessene Bedeutung willkommen geheißen, doch würden andere zentrale Bereiche des WHO-Auftrags nicht ausreichend berücksichtigt, was Anlass zur Sorge gebe. Dies treffe auf den Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit zu, der für das Erreichen der Millenniumsziele zentral sei und daher im Haushalt entsprechend vertreten sein müsse. Es treffe auch auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu, der ebenfalls eine größere, die wachsende Bedeutung dieser Krankheitslast widerspiegelnde Priorität eingeräumt werden solle. Die Strategischen Ziele und erwarteten Ergebnisse könnten in einigen Bereichen unerreichbar sein und die Verknüpfungen zwischen den Zielen müssten deutlicher herausgearbeitet werden, um eine Überschneidung von Mittelzuweisungen zu vermeiden. Das Dokument müsse auch klarer erkennen lassen, welche Prioritäten die WHO setzen wolle, falls die erwarteten Mittel nicht einträfen. Das Potenzial der Zusammenarbeit zwischen WHO und Organisationen der Vereinten Nationen sowie die Möglichkeit zur Erzielung von Synergieeffekten müsse betont werden. Sozialer Schutz, der Gegenstand eines Strategischen Ziels sei, bilde z. B. auch den zentralen Auftrag der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO). Die relative Zunahme des Anteils freiwilliger Beiträge am Gesamthaushalt schwäche die Aufsichts- und Schutzfunktion der Leitungsgremien. Die ordentlichen und freiwilligen Beiträge müssten in einem ausgewogeneren Verhältnis zueinander stehen. Angesichts der historischen Zunahme der freiwilligen Beiträge, sei ein ausgewogeneres Verhältnis nur durch einen gleichzeitigen Anstieg des ordentlichen Haushalts möglich.

In mehreren Beiträgen wurde dem Sekretariat für die Qualität, Klarheit und Detailliertheit der Darstellung gedankt und Unterstützung für die Vorlagen zum Ausdruck gebracht. Einige Redner baten um eine genauere Beleuchtung der Neuaufteilung der Haushaltsfinanzierung nach drei Kategorien. Eine Reihe von Fragen wurde in Verbindung zu dem MTSP und dem vorgeschlagenen Programmhaushalt 2008–2009 gestellt: Wer entscheide innerhalb der Organisation über die Zuweisung zusätzlicher Mittel aus dem ordentlichen Haushalt? Zu welchem Zeitpunkt im Zweijahreszeitraum werde das Zuweisungsverfahren angewandt? Wie sehe es mit der Verknüpfung zur Finanzierung der Humanressourcen der WHO aus, die das Herz der Organisation bildeten? Was sei das Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Finanzmitteln und den erwarteten Ergebnissen? Werde der MTSP mit seinen zentralen Funktionen, Gebieten und gebietsübergreifenden Strategischen Zielen die Priorisierung erleichtern oder erschweren?

Delegierte merkten an, dass es dem MTSP an Nachdruck auf Gebieten wie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Internationale Gesundheitsvorschriften fehle. Größere Bedeutung müsse auch den Gesundheitssystemen beigemessen werden, die Strategischen Ziele ließen sich nur durch gemeinsames Handeln zu ihrer Stärkung verwirklichen. Zwei Strategische Ziele (10 und 11) müssten deutlicher formuliert werden, um Überschneidungen zu vermeiden.

Mehrere Redner drückten die Überzeugung aus, dass die vorhergesagten Zuwächse sowohl der ordentlichen wie der freiwilligen Beiträge im vorgeschlagenen Programmhaushalt auf zu optimistischen Annahmen beruhten, und empfahlen die Erarbeitung unterschiedlicher Szenarien, um daraus Modelle für den Fall des Ausbleibens der erwarteten Mittel zu entwickeln. Die Organisation solle sich auch um Einsparmöglichkeiten bemühen und die Überschneidung von Tätigkeiten durch den Ausbau der Partnerschaften und Synergieeffekte (z. B. mit der IAO) vermeiden. Allgemein ausgedrückt sei es schwierig, die Angemessenheit der Zahlen ohne Haushaltsprojektionen für den folgenden Zweijahreszeitraum des MTSP zu bewerten. Freiwillige Beiträge sollten auf längerfristiger Grundlage gegeben werden, damit die Finanzierung vorhersagbarer würde. In einem Beitrag wurde betont, dass regelmäßige, vorhersagbare Finanzströme an das Regionalbüro sichergestellt werden müssten. Es wurde anerkannt, dass das starke Finanzierungswachstum der vergangenen Jahre das Vertrauen der Mitgliedstaaten in die Organisation sowie ihre Einsicht in die Notwendigkeit des Handelns für die Bevölkerungsgesundheit bezeuge.

Die aktuellen Ungewissheiten bei der Haushaltsfinanzierung unterstrichen die Bedeutung von Planung und Priorisierung. Einige Delegierte merkten die große Anzahl Strategischer Ziele an. Wo lägen die Prioritäten der Region? Wie verhielten sie sich zu den vorher verkündeten Vorschlägen zur Zukunft des Regionalbüros? Welche Arbeitsbereiche seien keine Prioritäten mehr? Es komme also auf einen stimmigen Aufbau entscheidend an: Der MTSP müsse mit Bezug auf das GPW besser formuliert werden, um eine größere Stimmigkeit zwischen beiden Teilen zu erzielen. Alle Resolutionen und Mandate müssten darauf überprüft werden, ob sie noch benötigt würden, und die Mittel sollten je nach Auftrag und Fähigkeit zu einer wirksamen Erbringung eingesetzt werden. Einige Redner erinnerten die Organisation daran, dass ein wesentlicher Teil ihres Mandats in der Veröffentlichung von Normen und Standards liege und dass hierzu eine kritische Masse von Personal im WHO-Hauptbüro und in den Regionalbüros erforderlich sei.

Zur Frage der gerechten Mittelzuweisung an die Regionen wurde festgestellt, dass die Europäische Region am unteren Ende der Spanne des Validierungsmechanismus bleibe. Die Erhöhung des Haushalts der Region um 0,1% gegenüber der Ausgangslage 2006–2007 wurde angesichts der vorgeschlagenen Erhöhungen des Haushalts insgesamt als gering angesehen. Das Sekretariat solle sich noch intensiver um eine Formel bemühen, die eine gerechte Zuweisung der Mittel gewährleiste. Schließlich wurde vorgeschlagen, die bewilligte Erhöhung der Mittel solle den bedürftigsten Ländern innerhalb der Region zugute kommen.

Eine Vertreterin des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger verlas eine vorbereitete Erklärung.

Die Leitende Beraterin Programmplanung und -umsetzung bedankte sich bei den Delegierten für ihre Stellungnahmen. Es herrsche allgemein Übereinstimmung darüber, dass der Mittelfristige Strategieplan und seine Strategischen Ziele nützlich seien und eine Berücksichtigung der Besonderheiten der einzelnen Regionen ermöglichen. Sie wies darauf hin, dass die verschiedenen Strategischen Ziele und organisationsweit erwarteten Ergebnisse in ihrer Gesamtheit betrachtet werden müssten, um ihre relative Bedeutung zu bestimmen. Eine Priorisierung und Posteriorisierung werde dann angewandt, wenn die betreffenden Mittel nicht in erwarteter Höhe zur Verfügung stünden. Als Beispiel für letzteren Fall erläuterte sie, dass für bestimmte Krankheiten anstelle von groß angelegten Direktmaßnahmen in den Ländern eher eine strategische Beratung auf höherer Ebene vorgeschlagen werde. Zur Frage der Kernfinanzierung stellte sie klar, dass ausgehandelte freiwillige Beiträge ebenso geeignet für eine sichere Finanzierung seien wie ordentliche Haushaltsmittel.

Die Direktorin für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung erklärte, die Stellungnahmen der Delegierten zum Inhalt des Mittelfristigen Strategieplans würden an die zuständigen Leiter weitergeleitet und bei der Erstellung der Endfassung des Dokuments berücksichtigt. Sie verwies darauf, dass die WHO nicht der einzige Akteur im Bereich der Gesundheitspolitik sei und dass daher der Verwirklichung der Strategischen Ziele durch Zusammenarbeit eine größere Bedeutung zukomme. Die Stellungnahmen zur Reform der Vereinten Nationen nehme sie zur Kenntnis. Zur Frage der Mittelzuweisung solle nicht übersehen werden, dass die vorgeschlagene Erhöhung für die Region 38% betrage. Sie räumte allerdings ein, dass zur Frage des Gleichgewichts zwischen ordentlichen Haushaltsmitteln und freiwilligen Beiträgen weitere Untersuchungen erforderlich seien.



Unter Hinweis auf die Tatsache, dass die Mitgliedstaaten der Region auch wichtige Geberpartner seien, bat sie um ihre Unterstützung bei der Verbesserung des Zuweisungssystems. Auf eine zuvor gestellte Frage antwortete sie, dass Entscheidungen über die Verwendung zusätzlicher Mittel auf der Grundlage der relativen Dringlichkeit der gesundheitspolitischen Bedürfnisse durch Netzwerke von Fachreferenten getroffen würden.

Der kommissarische Generaldirektor erklärte, der Gesamthaushalt in Höhe von 4,2 Mrd. US-\$ sei angemessen, um den zentralen Aufgaben und dem Mandat der Organisation gerecht zu werden; die gegenwärtige Ausrichtung komme den bedürftigsten Ländern zugute. Entspreche der Haushalt den Vorstellungen der Mitgliedstaaten hinsichtlich der Tätigkeit der WHO? Er stimme zu, dass eine bessere Ausgewogenheit zwischen der gewachsenen normativen Unterstützung und der fachlichen Unterstützung der WHO für die Länder gefunden werden müsse; die Arbeit an den Internationalen Gesundheitsvorschriften seien ein Beispiel für die veränderte Gewichtung. In der Gesamtsumme von 4,2 Mrd. US-\$ für den Programmhaushaltsentwurf gebe es deutliche Anzeichen für eine Verschiebung der Prioritäten. So seien etwa die Mittel für die Bereiche nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsdeterminanten verhältnismäßig am stärksten erhöht worden. Der Haushalt weise außerdem eine starke Gesundheitssystem-Komponente auf. Die Hilfsmaßnahmen bei Katastrophensituationen hätten erhebliche Auswirkungen auf den Haushalt. Er fragte die Mitgliedstaaten nochmals, ob die Arbeit der WHO ihren Vorstellungen entspreche. Er fragte weiter, wo Einsparungen gewünscht würden und ob die Organisation die richtigen Maßnahmen ergreife und ihren sechs zentralen Aufgaben gerecht werde.

Die Höhe der freiwilligen Beiträge sei realistisch und entspreche den gegenwärtigen Trends. Dennoch sollten ordentliche Beiträge auch weiterhin einen erheblichen Teil des Haushalts ausmachen. Er räumte ein, dass die Zuteilung von ordentlichen Haushaltsmitteln aufgrund historischer Gepflogenheiten kein gutes Verfahren sei. Diese Situation bedürfe der Änderung, selbst wenn dies bedeute, dass man von vorne beginnen, sich die Gesamtheit der Strategischen Ziele ansehen, sie auf ihre Relevanz in Bezug auf die zentralen Aufgaben der Organisation überprüfen und die Mittel auf der Grundlage ihrer relativen Wichtigkeit vergeben müsse.

Zur Finanzierung der Vereinten Nationen insgesamt sagte er, die Sonderorganisationen müssten sich ebenso beteiligen wie die Regierungen. Er räumte ein, es gebe Verbesserungsmöglichkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen allen Bereichen der Vereinten Nationen und es gelte Doppelarbeit zu vermeiden. Es habe bereits Bemühungen in einigen Bereichen gegeben, doch werde beispielsweise bei der IAO nicht genügend zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz getan.

Die Strategischen Ziele sollten zu besseren Chancen zur Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ebenen der Organisation führen. Schließlich sei eine effektive Mobilisierung von Mitteln von entscheidender Bedeutung. Die Hälfte der Mittel der Organisation sei das Ergebnis der Bemühungen der Länder- und Regionalbüros. Es sei nun Aufgabe der Mitgliedstaaten, die Vorhersehbarkeit der Mittel zu verbessern.

Der Regionaldirektor erinnerte daran, dass ein Delegierter erklärt habe, Ungerechtigkeit sei kein Problem für das Regionalbüro, sondern vielmehr für die Mitgliedstaaten, die zu kurz kämen. Schließlich seien nicht alle Länder der Europäischen Region wohlhabend. Nun, da ein Validierungsmechanismus existiere, solle dieser auf allen drei Ebenen des Programmhaushalts angewandt werden und die Ausgangspunkte für die Haushalte der Regionen sollten daher neu ausgehandelt und an die Realitäten der einzelnen Regionen angepasst werden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC56/R4.

## **Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa** (EUR/RC56/11, EUR/RC56/Conf.Doc./5)

Der Regionaldirektor beschrieb den Prozess der Erstellung des Dokuments durch den SCRC und das Sekretariat: Der SCRC habe eine Arbeitsgruppe eingesetzt und nach jeder ihrer vier Tagungen ihre Arbeit überprüft und ihr Mandat entsprechend angepasst. Das Regionalbüro schlage in Bezug auf seine Tätigkeit bis zum Jahr 2020 sechs strategische Richtungen vor und habe bereits mit deren Umsetzung begonnen: maximale Anstrengungen zur Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, Werte für die Gesundheitspolitik; Erkenntnisse und Informationen für Gesundheitspolitik und Bevölkerungsgesundheit; Stärkung der Gesundheitssysteme; von der Partnerschaft zur Aufgabenteilung; internationales Handeln zur Förderung von Gesundheitssicherheit; Führungsrolle des Regionalbüros und neue Beiträge der Region. Diese Richtungen seien so gewählt worden, dass sie die wichtigsten positiven Trends in der Region unterstützten und die Auswirkungen der wesentlichen negativen Trends verringerten; sie seien auch mit dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm und dem MTSP vereinbar.

Erstens werde das Regionalbüro zusammen mit seinen Partnern auf den Abbau der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich hinarbeiten und dabei mit dem Gesundheitssektor beginnen. Es werde sich auch weiterhin für die Verwendung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs einsetzen, der sowohl den eigentlichen Gesundheitssektor als auch andere Politikbereiche betreffe, und Leitlinien, Fallstudien und Indikatoren zur Überwachung von Fortschritten erstellen. Zweitens werde es sich weiter dafür einsetzen, dass die Länder einschlägige Erkenntnisse als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen heranzögen. Es werde die Erfassung und Verbreitung von Informationen sowie die erforderlichen Forschungsmaßnahmen unterstützen. Zusammen mit seinen Partnern stelle es durch das HEN und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik schon jetzt einschlägige Gesundheitserkenntnisse für die Mitgliedstaaten bereit.

Drittens arbeite das Regionalbüro zusammen mit den Mitgliedstaaten auf eine Verbesserung der Leistung ihrer Gesundheitssysteme hin. Die Vorbereitung auf die Konferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 und deren Ergebnisse stellten die Grundlage für die Verfolgung dieser strategischen Richtung dar. Darüber hinaus habe auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern zur Förderung der Befähigung der Bürger begonnen. Viertens sei das Regionalbüro dabei, seine Partnerschaften auszubauen, indem es sie konkreter ausgestalte und einen stärkeren Akzent auf die Arbeit in den Ländern lege. Insbesondere stehe angesichts der engen Kontakte des Regionalbüros mit der EU, die auf einer weitgehenden Übereinstimmung der Ziele basierten und eine enge Zusammenarbeit mit der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz und dem ECDC beinhalteten, nun als nächster Schritt eine entsprechende Aufgabenteilung an. Voraussetzungen hierfür seien: Prüfung der Rolle der EU in den leitenden Organen der WHO sowie der Kontakte der WHO zu Dienststellen in der gesamten EU, einschließlich der Generaldirektion Außenbeziehungen; Aufrechterhaltung der Funktion des Regionalbüros als Bindeglied zu den Ländern der Region, die keine EU-Mitgliedstaaten sind; Konzipierung neuer Möglichkeiten zur Regelung dieser Partnerschaft und Trennung der Rollen der beteiligten Partner. Außerdem werde eine Strategie benötigt, um die Zusammenarbeit mit NGO und Kooperationszentren effektiver zu gestalten.

Fünftens müsse das Regionalbüro internationale Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitssicherheit vorantreiben, indem es die Länder bei einer besseren Vorbereitung ihrer Gesundheitssysteme auf Krisensituationen unterstütze und zusammen mit seinen Partnern die jeweiligen Zuständigkeiten für Gegenmaßnahmen und Risikokommunikation festlege. Sechstens erfordere die Übernahme einer Führungsrolle durch das Regionalbüro eine Zusammenarbeit mit den Partnern bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis, die Erstellung von Leitlinien und die Funktion als Bindeglied zwischen verschiedenen Teilen der Region bzw. verschiedenen Sektoren, eine normative Funktion in Bezug auf Maßnahmen vor Ort, die Sensibilisierung der Bürger im Sinne ihrer Befähigung und die Übernahme eines Parts im Rahmen einer Neugestaltung der Führungsrolle der WHO, bei der das Regionalbüro eine gewichtigere Rolle bei globalen Fragen spielen sollte, während andererseits globale Konzepte den Besonderheiten und speziellen Bedürfnissen der Europäischen Region Rechnung tragen sollten. Schließlich würden die geopolitischen Veränderungen, die sich in der EU wie auch im Rahmen der Reform der Vereinten Nationen zeigten, Auswirkungen sowohl auf das Regionalbüro als auch auf die WHO insgesamt haben.

Ein Mitglied des SCRC unterstrich die Beteiligung des Ständigen Ausschusses an der Ausarbeitung des Dokuments und die Bedeutung der Werte der WHO als Grundlage dafür und hob hervor, dass das Regionalbüro einen derartigen „Kompass“ benötige, um die neuen Herausforderungen im Gesundheitsbereich und die maßgeblichen geopolitischen Veränderungen bewältigen zu können. Das Dokument stelle keinen Aktionsplan dar, schlage jedoch sechs strategische Richtungen vor, die das größte Potenzial für die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse beinhalteten. Der SCRC empfahl das Dokument dem Regionalkomitee zur Prüfung.

In der anschließenden Diskussion begrüßten alle Redner die Vorstellungen zur langfristigen Zukunft des Regionalbüros. Die Delegierten bekräftigten den Nutzen der sechs strategischen Richtungen, insbesondere des Übergangs zur Aufgabenteilung, namentlich mit der EU-Kommission, der Bedeutung der Werte und insbesondere der Chancengleichheit als Handlungsgrundlage wie auch zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, sowie der Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitssysteme, namentlich durch Befähigung der Bürger. Verschiedene Redner sprachen auch von den Vorteilen, die sich aus der Führungsrolle des Regionalbüros auf dem Gebiet der Gesundheitssicherheit und der evidenzbasierten Maßnahmen sowie aus seiner Funktion als Bindeglied zwischen verschiedenen Ländern und Sektoren, aus einer umfassenden Definition des Begriffs „Gesundheit“ und aus einer größeren Ausgewogenheit zwischen WHO-Zentrale, Regionalbüros und Länderbüros ergäben. In einigen Wortmeldungen wurde die zutreffende Bestandsaufnahme der Situation in der Region lobend hervorgehoben.

Teilweise wurde auf Erfolge bei der Arbeit mit den strategischen Richtungen verwiesen, die in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro in Bereichen wie Unterstützung der Länder, Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung von Chancengleichheit bereits erzielt worden seien. Der Verbund der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk seien Instrumente für eine effektive Zusammenarbeit.

Einige Delegierte hatten aber auch Verbesserungsvorschläge für das Dokument. Dazu gehörten die Aufnahme der OECD in die Liste der wichtigsten Partner, neue Lösungsansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Kooperationszentren und NGO und eine nähere Konkretisierung der Führungsrolle der WHO in Bezug auf verschiedene Aspekte der Gesundheitssicherheit.

Ein Vertreter der Europäischen Gemeinschaft, der assoziierten Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der EU-Beitrittsländer und -kandidaten begrüßten das Dokument als wertvolle Grundlage für künftige Diskussionen und Konzepte, lobten die Berücksichtigung ihrer sechs Richtungen in der globalen Gesundheitsagenda und sprachen sich nachdrücklich für eine Straffung der Zusammenarbeit des Regionalbüros mit seinen Partnern durch Aufgabenteilung aus. In den Bereichen öffentliche Gesundheit, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention seien kontinuierliche und systematische Anstrengungen im Rahmen der übergeordneten Zielsetzung der Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung von Chancengleichheit erforderlich. Klärungsbedarf herrsche u. a. noch hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen dem Dokument und der Umsetzung des Mittelfristigen Strategieplans. Es wurde vorgeschlagen, das Regionalbüro solle auch weiterhin themenspezifische Gesundheitsberichte für die Region erstellen.

Ein Vertreter des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) gratulierte dem Regionalkomitee, dem SCRC und dem Regionalbüro zu der Initiative, lobte die strategischen Richtungen und verwies auf die enge Zusammenarbeit mit der WHO bei der Verwirklichung der Millenniumsziele. Auffallende Gerechtigkeitslücken in der östlichen Hälfte der Region unterstrichen die Notwendigkeit, in Bezug auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen. Vor dem Hintergrund der Bereitstellung neuer Mittel und der fortschreitenden Dezentralisierung in der Region benötigten die Mitgliedstaaten Unterstützung bei der Bestimmung von Gesundheitsinterventionen zum Schutz von Kindern und anderen anfälligen Gruppen.

Ein Vertreter des Europarates unterstützte das Dokument und verwies auf die Überschneidung der Ziele zwischen Europarat und WHO als Motivation für weitere fruchtbare Zusammenarbeit. Der Europarat könne einen Beitrag zur Konferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 leisten. Wenn die

trilateralen Tagungen zwischen Europarat, EU-Kommission und WHO stattfinden, bevor die Partner ihre Haushalte und Programme beschlossen hätten, so könnte dies ihren Nutzen steigern.

Der Regionaldirektor dankte den Rednern für ihre Unterstützung für das Dokument und für ihre Bewertung von dessen Stärken und Schwächen. Er begrüßte die besondere Hervorhebung der Bedeutung der Stärkung der Gesundheitssysteme. Zu den Vorstellungen der WHO von der Zukunft der Gesundheitssysteme gehörten die Aspekte öffentliche Gesundheit, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung. Defizite wie etwa das Fehlen klarer Vorgaben für die Zusammenarbeit mit Kooperationszentren und nichtstaatlichen Organisationen würden im Zuge der Weiterentwicklung des Dokuments beseitigt. Die Verwirklichung des Ideals von der Befähigung der Bürger werde Zeit in Anspruch nehmen. Die Partnerschaften des Regionalbüros seien zwar effizient, teilweise vielleicht aber nicht genügend innovativ und machten eine bessere Organisationsführung und Aufgabenteilung erforderlich. Die EU-Kommission sei ein Partner der leitenden Organe der WHO und verfüge in diesen über einen konkreten Rechtsstatus, doch das Regionalbüro arbeite für alle Länder der Region und diene als Bindeglied zwischen der EU und den ihr nicht angehörenden Ländern. Durch eine neue Aufgabenverteilung innerhalb der Vereinten Nationen werde die WHO bei humanitären Aktionen zur federführenden Organisation im Gesundheitsbereich. Der Regionaldirektor dankte der UNICEF und dem Europarat für ihre Unterstützung. Das Regionalbüro arbeite derzeit in Form eines Projektes unter Führung von Italien an einem europäischen Bericht über öffentliche Gesundheit.

Der Exekutivdirektor des Büros des Generaldirektors beim WHO-Hauptbüro verwies darauf, dass das Thema Reform der Vereinten Nationen, einschließlich der Positionierung der WHO als federführende Kraft im Gesundheitsbereich und ihres Vorteils als Sonderorganisation, auf der Tagesordnung der nächsten Exekutivratstagung der WHO stehen werde. Die Führungsrolle hinsichtlich der Arbeit auf der Länderebene werde geprüft.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC56/R3.

### **Förderung der Gesundheitssicherheit** (EUR/RC56/9 Rev. 1)

Bei ihrer Einführung in das Thema beschäftigte sich die Stellvertretende Regionaldirektorin mit dem erhöhtem Risiko für Gesundheitskrisen durch das Überspringen von Tierkrankheiten auf die menschliche Bevölkerung, der wachsenden Globalisierung durch Reisen und Handel und dem möglichen absichtlichen Einsatz biologischer Kampfstoffe. Das Ziel der WHO sei es in jeder Krise Mortalität, Morbidität und Störungen der gesellschaftlichen Ordnung so weit wie möglich zu vermindern; daher rege man einen systematischen Ansatz zur Erhöhung der Gesundheitssicherheit in der Region an.

Traditionell sei „Sicherheit“ als ein nationales Anliegen betrachtet worden, das mit der Verteidigung des nationalen Territoriums gegen Angreifer verbunden war; nun sei sie zu einem sehr viel komplexeren Konzept geworden, das Umweltgefahren, Wirtschaftsthemen, Bildung, Gesundheit und andere Bereiche umfasse. Die vom Regionalbüro angeregte Definition von Gesundheitssicherheit konzentriere sich auf die Gesundheitsaspekte: gesundheitliche Notsituationen und Ereignisse mit schweren Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit oder potenziell grenzüberschreitenden Auswirkungen. Die aktuelle Arbeit der Europäischen Kommission in diesem Bereich wurde erwähnt sowie die Notwendigkeit der Abstimmung mit ihr und anderen internationalen Organen zur Sicherung einer zusammenhängenden Vorgehensweise.

Als krisenhaft zu bezeichnende Bedingungen träten dann auf, wenn örtliche Gesundheitssysteme von den Bedürfnissen der Bevölkerung so überwältigt würden, dass sie ihnen nicht mehr nachkommen könnten, oder wenn die grundlegenden Bedürfnisse der Menschen nicht befriedigt werden könnten. Solche Lagen könnten durch plötzliche auftretende Katastrophen, länger anhaltende Störungen der gesellschaftlichen Ordnung (z. B. durch Bürgerkriege) oder auch durch langsam entstehende Katastrophen verursacht werden. Die Ursachen könnten verschieden sein, doch würden alle Ereignisse die Gesundheitssysteme herausfordern und die Gesundheitssicherheit bedrohen.

Die Belastung durch Katastrophen habe in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich zugenommen und verursache enorme wirtschaftliche Kosten für die Länder. Aus den jüngsten Erfahrungen seien Lehren gezogen worden, darunter auch die in den Fallstudien aus dem vorgelegten Dokument geschilderten. Allerdings bedeute die erfolgreiche internationale Hantierung der Ausbrüche von SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) noch nicht, dass eine Grippepandemie in ähnlicher Weise angegangen werde. Darüber hinaus habe man festgestellt, dass der politische und wirtschaftliche Zusammenhang von entscheidender Bedeutung und dass ohne die starke Unterstützung der Regierungen nichts zu erreichen sei. Man müsse für die Bewältigung jeder Art von Katastrophe vorsorgen, anstatt seine Planung auf bestimmte Bedrohungen einzugrenzen.

Zusätzliche Kapazitäten seien, sowohl was die Arbeitskraft als auch die Technologie betreffe, erforderlich und die Notfallplanung müsse mit den anderen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsgesundheit verzahnt werden; man habe gezeigt, dass Organisationen, denen dies gelänge, in Krisenzeiten besser gerüstet waren. Zu diesem Zweck müssten auch die nationalen Gesundheitssysteme gestärkt und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) umgesetzt werden, insbesondere in Ländern ohne hinreichend funktionierende Gesundheitsüberwachung, weil genau dort neue Krankheiten entstehen könnten. Informations- und Kommunikationsstrategien seien unentbehrlich zur Sicherung einer rechtzeitigen und sachgerechten Beratung der Öffentlichkeit; gesellschaftliche Störungen seien oft die Folge schlechter Kommunikation.

Die WHO sei bei Gesundheitsthemen im Zusammenhang mit humanitären Hilfsaktionen die federführende Organisation der Vereinten Nationen und sie arbeite mit anderen internationalen Organisationen und Netzen zusammen. Eine Einigung der Akteure aller Ebenen sei erforderlich, um die jeweiligen Funktionen zu klären und einen sich gegenseitig ergänzenden Einsatz der Ressourcen zu sichern.

Das Dokument sei der Ausgangspunkt für den Beitrag der Europäischen Region zum Weltgesundheitsbericht 2007, der sich in sehr viel breiterer Form mit Gesundheit als Sicherheitsthema befassen werde; die Delegierten würden um Stellungnahme zu den angeregten Richtungen gebeten.

Ein SCRC-Mitglied merkte an, das zu erörternde Dokument stelle den Versuch dar, auf dem Gebiet der Gesundheitssicherheit die Initiative zu ergreifen. Mit ihm werde auf Erfahrungen aus der Region aufgebaut und ein Rahmen vorgeschlagen, der nicht nur die Regierungen, sondern auch die Vereinten Nationen und andere internationale Organisationen, die Privatwirtschaft und die Zivilgesellschaft umspanne.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten die Länder die Arbeit für ein integriertes Herangehen an mehr Gesundheitssicherheit. In einigen Redebeiträgen wurde dem Regionalbüro für die bereits erhaltene Unterstützung bei gesundheitlichen Notlagen gedankt.

Ein Vertreter sagte im Namen der Europäischen Gemeinschaft und der EU-Beitrittsländer und -kandidaten, dass Gesundheitssicherheit für alle Länder eine wichtige Priorität darstelle. Die EU habe ihre Arbeit in diesem Bereich ausgebaut und dabei hauptsächlich Vorsorge gegen Bioterrorismus und eine Grippepandemie getroffen, wozu auch die Schaffung eines Systems für Frühwarnung und Informationsaustausch im Katastrophenfall sowie die Einrichtung des Gesundheitssicherheitsausschusses gehöre. Die Arbeit des ECDC werde die Zusammenarbeit zusätzlich verstärken. Die EU arbeite eng mit den Vereinten Nationen und ihren Sonderorganisationen zusammen im Rahmen internationaler Initiativen wie der globalen Initiative für Gesundheitssicherheit und der Europäischen Nachbarschaftspolitik. Man solle unterscheiden zwischen Krankheitsausbrüchen und anderen Notlagen oder Krisen im Gesundheitsbereich, denn die erforderlichen Gegenmaßnahmen seien andere. Die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften würden die Rolle der WHO bei Krisenfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit stärken. Die WHO habe bei der Förderung einer koordinierten Antwort des Gesundheitswesens auf Katastrophen mit Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in weiterhin engem Zusammenspiel mit der EU eine konkrete Aufgabe zu übernehmen. Eine der dringendsten Aufgaben sei die Unterstützung und Bewertung der nationalen vorbereitenden Pandemieplanung.

Andere Redner merkten an, dass die WHO und die Länder selbst den Umgang mit gesundheitlichen Notlagen lernen müssten und dass guter Rat in den Bereichen Stärkung der Infrastruktur und sektorübergreifende

Maßnahmen für Vorsorge und Risikominderung benötigt werde. Viele Länder hätten in den vergangenen Jahren Katastrophen bewältigen müssen, diese Erfahrung sei sehr bewegend und überwältigend gewesen. In mehreren Redebeiträgen aus Ländern, die von Erdbeben, Hitzewellen, Bränden und Überschwemmungen stark betroffen gewesen waren, wurde zum Ausdruck gebracht, man habe daraus die Einsicht der Notwendigkeit der Erarbeitung von Vorsorgemaßnahmen, einer sektorübergreifenden Koordinierung und des Risikomanagements gewonnen. Systeme für Frühwarnung und frühzeitiges Handeln müssten in die allgemeine vorbereitende Planung einbezogen werden. Die WHO solle damit fortfahren, die Mitgliedstaaten bei der vorbereitenden Planung zu unterstützen.

In einem Beitrag wurden gezielte technische Programme eines Landes zur Krisenprävention und -bewältigung beschrieben, u. a. eine Datenbank für Katastrophendienste, die Vernetzung von Observatorien und Zivilschutz und eine regelmäßige Umweltüberwachung sowie Laborkontrollen als Teil der Vorbereitungsmaßnahmen. Die Sachverständigen dieses Landes würden gern zur Arbeit der WHO im Bereich von Gesundheitssicherheit beitragen. Auch andere Länder boten ihre Unterstützung an. In einem Redebeitrag wurde empfohlen, dass externe Sachverständige bei der institutionellen Vorbereitung herangezogen würden; außerdem sollten die Gesundheitsnetze in Abstimmung mit dem ECDC verbessert werden.

Um die Definition von Gesundheitssicherheit gab es einige Diskussion: Es sei wichtig hier nicht zu restriktiv zu sein, auch müsse man mit anderen Partnern wie der EU eine gemeinsame Definition verwenden.

In einem Beitrag wurden die Prinzipien der Zuständigkeit und der Einsatznähe betont: Die gleichen Personen sollten in Normal- wie in Krisenzeiten zuständig sein, eine Krise sollte möglichst nah an ihrem Herd bewältigt werden. Ein solches Vorgehen bedeute, dass die nationalen Dienste die Angelegenheit nicht unbedingt übernehmen müssten, auch wenn sie dazu in der Lage sein sollten. Das Thema des Kapazitätsaufbaus vor Ort wurde in einem weiteren Beitrag aufgenommen und es wurde betont, wie wichtig es sei, die vorhandenen Gesundheitssysteme verfügbarer zu machen, anstatt spezifische Strukturen zu schaffen. Ein weiterer wichtiger Faktor sei die Kommunikation, ebenso wichtig seien klare Kompetenzen und Rollenverteilungen, was auch für internationale Organe gelte.

Die Stellvertretende Regionaldirektorin dankte in ihrer Erwiderung dem Regionalkomitee für dessen Unterstützung: Weitere Arbeit sei nötig und die Arbeit werde jetzt fortgesetzt. Eine Erhöhung der Gesundheitssicherheit sei eng mit Investitionen in Gesundheitssysteme verbunden: Systeme, die unter normalen Bedingungen nicht funktionierten, könnten dies auch in Krisenzeiten nicht zufrieden stellend tun. Mehrere der angesprochenen Fragen seien auch für die weitere Arbeit nützlich, die in Zusammenarbeit mit anderen Initiativen der Vereinten Nationen durchgeführt werde, z. B. der Arbeitsgruppe des Ständigen Interinstitutionellen Ausschusses, dem Amt für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten, der Wirtschaftskommission für Europa, der Internationalen Strategie zur Katastrophenvorsorge und der Weltorganisation für Meteorologie. Die WHO arbeite auch eng mit den NGO zusammen und in Genf habe man eine umfassende Anhörung zur Überarbeitung von Leitlinien für den Ablauf der WHO-Maßnahmen bei Gesundheitskrisen und Katastrophen durchgeführt.

Das Regionalkomitee beschloss, den Regionaldirektor dazu aufzufordern, die Arbeit für mehr Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region durch integrierte Vorsorge und geeignete Gegenmaßnahmen im Gesundheitssystem fortzusetzen und dabei die Ansichten des Regionalkomitees zu berücksichtigen.

## **Ansprache des amtierenden Generaldirektors**

Der amtierende Generaldirektor erklärte, dies sei die vierte Tagung eines Regionalkomitees, an der er in diesem Jahr teilnehme. Er habe mit großem Interesse die Bedeutung der zentralen Aufgaben der Organisation auf der praktischen Ebene mitverfolgt und das Engagement derjenigen, die bei ihrer Erfüllung zusammenarbeiteten, beobachtet. Von der Organisation werde zunehmend erwartet, dass sie sowohl in grundsätzlichen Fragen als auch in Fachfragen Führungskompetenz zeige. Sie leiste einen bedeutenden

Beitrag zur Erfassung von Informationen und übe auch erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der Forschungsagenda aus. Er skizzierte die laufende Arbeit, um die Rolle der WHO in der Gesundheitsforschung zu erklären und herzuleiten. Die Entwicklung von Normen und Standards sei eine weitere wichtige Aufgabe, die aufrechterhalten werden müsse. Darüber hinaus müsse die Organisation Lösungsansätze aufzeigen, insbesondere um zur Verbesserung der Effizienz der Gesundheitssysteme beizutragen. Auch die Bereitstellung fachlicher Unterstützung beim Aufbau nationaler Kapazitäten stelle eine zentrale Aufgabe dar. Die sechste zentrale Aufgabe sei die Kontrolle und Überwachung, bei der auf die Genauigkeit und Objektivität der Daten zu achten sei.

Er halte es für erfreulich, dass auf der Tagung ein starker Akzent auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gelegt worden sei. Er verspreche sich viel von der Europäischen Strategie, insbesondere in Bezug auf die Bekämpfung der Adipositas, und erwarte, dass sie auch für den Rest der Welt von Interesse sein werde. Die Debatte zum Thema Gesundheitssicherheit komme ebenfalls zum richtigen Zeitpunkt und werde in den Weltgesundheitsbericht 2007 einfließen, während die Prüfung der Erkenntnisse im Bereich Gesundheitsfinanzierung Auswirkungen auf die Fortschritte in einem lebenswichtigen, wenngleich komplizierten Bereich haben werde. Diese Themen seien ein weiteres Anzeichen für die Bedeutung der Zusammenarbeit in den wichtigsten strategischen Bereichen der Gesundheitspolitik in der Region. Darin liege die künftige Rolle des Regionalbüros: in der Sicherstellung der Komplementarität der Maßnahmen und in der Übertragung der globalen Rahmengerüste auf den regionalen Kontext. Es müsse zwischen Regionalbüros, Mitgliedstaaten und Sekretariat ebenso eine Zusammenarbeit stattfinden wie zwischen dem Sekretariat und der wachsenden Zahl von Partnern in der Gesundheitspolitik.

Zum Thema nichtübertragbare Krankheiten fügte er hinzu, er habe festgestellt, dass mit der Strategie unter der Überschrift „Zugewinn an Gesundheit“ die Länder der Europäischen Region in dieser für die Gesundheitssysteme so wichtigen Frage die Vorreiterrolle übernehmen und in Bezug auf Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und die sozialen Determinanten von Gesundheit Fortschritte erzielen. Es gelte nun, vom reinen Wissen über solche Determinanten zur Umsetzung praxistauglicher Lösungen für ihre Bewältigung überzugehen. Hierzu sei auch eine Auseinandersetzung mit zugrunde liegenden Themen wie Umwelteinflüssen oder der Bildung und Ausbildung von Frauen erforderlich; gefragt seien nun Grundsatzentscheidungen, die relativ kostengünstig zu realisieren seien, und es komme auf die richtigen Rahmenbedingungen an, um politische Entscheidungsträger zu beeinflussen. Er freue sich auf den 2008 anstehenden Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit.

Der Tabakkonsum sei in 31 Mitgliedstaaten der bedeutendste Risikofaktor in Bezug auf die Krankheitslast. Zwar seien inzwischen 136 Länder Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, doch hätten 14 Länder der Europäischen Region es noch nicht ratifiziert bzw. seien ihm noch nicht beigetreten. Die WHO lege nach wie vor großen Wert auf eine Zusammenarbeit mit allen Ländern und wolle weiterhin im Zentrum der Bemühungen zur Bekämpfung des Tabakkonsums bleiben.

Ein weiterer Hauptbereich sei die Verwirklichung der Millenniumsziele für die Gesundheit von Müttern und Kindern. Die WHO spiele eine aktive Rolle im Rahmen der Partnerschaft zur Förderung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern. Dennoch müsse mehr getan werden. Die Impfpolitik bleibe ein wichtiges Instrument, doch stürben jedes Jahr ca. 3 Mio. ungeimpfte Kinder an vermeidbaren Krankheiten. Die Region müsse ihre Anstrengungen auf diesem Gebiet verstärken, um der Bevölkerung mit dem globalen Kollektivgut Immunisierung die Hand zu reichen. Er schätze die Arbeit der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI); sämtliche elf GAVI-berechtigten Länder in der Europäischen Region hätten Impfmaßnahmen gegen Hepatitis erfolgreich durchgeführt und dabei Mittel in Höhe von insgesamt 12,4 Mio. US-\$ in Anspruch genommen.

Auf dem Gebiet der Kindergesundheit habe es weltweit Verbesserungen gegeben und die Mortalität in der Altersgruppe unter fünf Jahren sei in den letzten 20 Jahren rückläufig; allerdings gelte Gleiches nicht für die Müttersterblichkeit. Eine Resolution zur Verbesserung der Millenniumsziele solle der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Herbst 2006 vorgelegt werden.

Weltweit hätten die leitenden Organe der WHO einer Reihe von Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten zugestimmt; dies betreffe insbesondere die jungen Menschen, für die die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ein wichtiger Handlungsrahmen für einschlägige Maßnahmen sei. Eine damit verbundene Problematik sei die HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa und Zentralasien, insbesondere unter jungen Menschen mit intravenösem Drogenkonsum. Osteuropa weise derzeit die höchste Wachstumsrate bei neuen HIV-Infektionen auf. Die vor kurzem gehaltene 16. Internationale Aids-Konferenz in Toronto habe die Notwendigkeit eines Konzeptes vor Augen geführt, das ein Gleichgewicht zwischen HIV-Prävention, Tests, Behandlung, Pflege und Unterstützung biete. In diesem Zusammenhang würdigte er die Anstrengungen von Dr. Lee Jong Wook. Niemand habe diesem geglaubt, als er mit der „3 bis 5“-Initiative die Behandlung wieder auf die gesundheitspolitische Agenda gebracht habe. Jetzt aber gebe es erfreuliche Ergebnisse zu verzeichnen: So sei beispielsweise in Afrika eine Verzehnfachung der Zahl der Behandelten auf 1 Mio. Menschen erreicht worden. Auf der Konferenz habe die Organisation die „3 M“ vorgestellt, welche die drei entscheidenden Handlungsfelder darstellten: Mittelbeschaffung, Medikamentenversorgung und Mitarbeitermotivierung. Die Arbeit im Bereich HIV/Aids habe der Organisation vor Augen geführt, dass es Aufgabe des Staates ist, die Menschen in die Gesundheitszentren zu bekommen. Daher müsse die WHO auf Aufklärungskampagnen setzen. Die Arbeit im Bereich HIV/Aids und die Erkenntnis der Bedrohung durch neue Infektionskrankheiten habe ein Handeln in Bereichen ausgelöst, die zuvor nicht als Prioritäten gegolten hätten.

Bei der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften handle es sich nicht nur um die Bekämpfung von Krankheiten; vielmehr würden stärkere Reaktions- und Kommunikationssysteme sowie eine globale Vorgehensweise gegenüber gesundheitlichen Herausforderungen benötigt. Die Bedrohung durch Vogelgrippe sei nach wie vor präsent; so hätten über 50 Länder Ausbrüche bei Vögeln und zehn Länder, davon zwei in der Region, hätten sogar menschliche Fälle gemeldet. Die Verbreitung und Vermittlung von Informationen blieben besonders wichtig. Nahezu alle Länder verfügten über Bereitschaftspläne, die nun auf ihre Funktionsfähigkeit hin geprüft werden müssten. Die Kapazitäten zur Herstellung von Medikamenten seien erheblich erweitert worden und es seien in mehreren Entwicklungsländern neue Lizenzen zur Herstellung vergeben worden. Auch an der Entwicklung von Pandemieimpfstoffen sowie an der Ausweitung der diesbezüglichen Produktionskapazitäten werde gearbeitet. Bei den klinischen Versuchen würden inzwischen ermutigende Ergebnisse erzielt.

Die Europäische Region weise die höchsten Raten an multiresistenter Tuberkulose auf und die Anstrengungen zur Bewältigung dieses Problems hätten wertvolle Erkenntnisse gebracht. Es handle sich dabei um eine ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit, insbesondere in einer Bevölkerung mit hohen Raten an HIV-Infektion und spärlichen Mitteln für die Gesundheitsversorgung. Er appellierte mit Nachdruck an die Delegierten, sich aktiv an dem im kommenden Jahr stattfindenden Ministerforum zur Epidemie von Tuberkulose und multiresistenter Tuberkulose im Osten der Region zu beteiligen.

Die Gesundheitssysteme müssten gestärkt werden, anderenfalls sei es unmöglich, die Gesundheitsversorgung zu verbessern oder die Millenniumsziele zu verwirklichen. Es gelte nun konkret, die Organisation, Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verbessern, die Erkenntnisbasis für politische Entscheidungen und ihre Umsetzung zu erweitern, für eine gerechte, angemessene und nachhaltige Finanzierung zu sorgen und eine ausreichende Zahl gut ausgebildeter Gesundheitsfachkräfte bereitzustellen.

Einige der wichtigsten Regierungen und Partner bei der Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich stammten aus der Europäischen Region. Im Namen der internationalen Gemeinschaft danke er diesen Ländern für ihr politisches und finanzielles Engagement in diesem lebenswichtigen Bereich. Dieses Engagement müsse jedoch noch verstärkt und effektiver gestaltet werden. Die Regierungen der G8 prüften derzeit Möglichkeiten, die Verpflichtungen aus ihrem im Vorjahr von der Russischen Föderation ausgerichteten Gipfel in die Praxis umzusetzen, einschließlich einer Verdopplung der Finanzmittel für Afrika. Partner aus der Europäischen Region hätten Zeitpläne für das Erreichen dieser Erhöhung angekündigt. Die Entwicklungshilfe sei zwar wichtig, doch sei eine klare Perspektive erforderlich, und ein Großteil der Mittel müsse auch in Zukunft aus einheimischen Quellen bestritten werden.



Die WHO Sorge auf dreierlei Weise dafür, dass die Länder von der zusätzlichen Unterstützung, die sie zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse benötigten, auch Gebrauch machten: Zusammenarbeit mit Partnern zur Förderung der Eigenverantwortung von Ländern für nationale Pläne, Haushalte und fachliche Rahmenkonzepte; Befähigung der Länder zur Koordinierung und Verwaltung von Entwicklungshilfemaßnahmen; Augenmerk auf gesundheitssystemimmanente Sachzwänge, die Fortschritte behinderten.

Auch die Partner in der Entwicklungshilfe könnten mehr tun, um eine langfristig vorhersehbare Finanzierung gemäß inhaltlichen statt politischen Kriterien zu gewährleisten. Dies sei für die Erreichung von Nachhaltigkeit wesentlich. Die interessierten Akteure sollten einen Dialog aufnehmen, um zumindest ihre Prioritäten abzustimmen. Er wies darauf hin, dass die EU in diesem Bereich besonders aktiv sei. Bei der fachlichen Unterstützung sollten mehr die Bedürfnisse der Länder berücksichtigt werden als die ihrer Partner und deren Zeitpläne. Er hob die Bedeutung der Unterstützung der Partner in der Region bei der Ausrottung der Poliomyelitis hervor. In diesem Zusammenhang betonte er auch die Bedeutung der Überwachung.

Insgesamt bestehe das Ziel der WHO darin, die Organisation besser auf die Bedürfnisse der Länder einzustellen und als Partner innerhalb der Vereinten Nationen effektiv mitzuarbeiten. Die Organisation beteilige sich an der aktuellen Debatte zu der Frage, wie diese ihre Arbeit in den Ländern besser koordinieren könnten.

Auf die Ansprache des amtierenden Generaldirektors erwiderte ein Delegierter, die Bewältigung gesundheitspolitischer Probleme erfordere in zunehmendem Maße eine sektorübergreifende Kooperation. Beim G8-Gipfel seien vor kurzem gesundheitspolitische Fragen auf höchster politischer Ebene behandelt worden. Er fragte, wie die WHO das Instrumentarium nutzen wolle, das für den Zugang zu den Entscheidungsträgern geschaffen worden sei.

Darauf antwortete der amtierende Generaldirektor, der G8-Gipfel sei sehr erfolgreich gewesen und habe 56 Empfehlungen zu wichtigen Fragen ausgearbeitet, darunter auch die Stärkung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitsbereich. Die WHO werde gern am nächsten Gipfel teilnehmen, wenn die Mitgliedsstaaten dies wünschten.

## Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen (EUR/RC56/12)

### Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie

Der Stellvertretende Direktor der Abteilung für Gesundheitsprogramme berichtete von Fortschritten und Entwicklungen in der Region seit Verabschiedung der Strategie im Jahr 2002. So sei die Prävalenz des Rauchens rückläufig, jedoch nicht in allen Ländern bzw. nicht überall im gleichen Maße. Die Zahl der Todesfälle infolge von Lungenkrebs sei bei Männern zurückgegangen, dennoch bleibe der Tabakkonsum in den meisten Ländern der wichtigste Faktor in Bezug auf die Krankheitslast. Darüber hinaus weite sich aufgrund der wachsenden Konzentration des Rauchens in den Gruppen mit niedrigerem sozioökonomischem Status die gesundheitliche Kluft zwischen den Privilegierten und den am stärksten Benachteiligten aus.

Die Region habe erhebliche Fortschritte bei der Eindämmung des Tabakkonsums erzielt; zu den wichtigsten Maßnahmen zählten das Tabakwerbeverbot und das Rauchverbot an öffentlichen Orten, die Erhöhung der Tabaksteuern und Vergrößerung der Warnhinweise, die Ratifizierung des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) durch 38 Länder sowie die Europäische Gemeinschaft und die Umsetzung von zwei EU-Richtlinien. Die Unterstützung der Öffentlichkeit für eine Verstärkung von Konzepten und Maßnahmen nehme zu. Das Regionalbüro habe die Länder bei der Entwicklung von Rechtsvorschriften, der Erstellung von Aktionsplänen und der Durchführung von Überwachungsmaßnahmen

unterstützt und unterhalte eine umfassende Datenbank der Region zur Bekämpfung des Tabakkonsums. In vielen Ländern gebe es immer noch konzeptionelle Schwächen, insbesondere bei der Beschränkung indirekter Werbung, der Einführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen in den nationalen Gesundheitssystemen und bei der Bekämpfung von Schmuggel. In Beantwortung einer Frage bestätigte der Stellvertretende Direktor, dass bei den Anti-Tabak-Maßnahmen der Länder kein Dialog mit der Tabakindustrie stattfinden solle, selbst wenn die Regierungen durch sie Einkünfte erzielen.

In verschiedenen Wortmeldungen wurden die Fortschritte der Region bei einer wirksamen Eindämmung des Tabakkonsums begrüßt, ebenso die Beiträge des Regionalbüros und des WHO-Hauptbüros. Dabei wurde der Wert der Europäischen Strategie und des Rahmenübereinkommens für die Arbeit der Länder hervorgehoben und die Bedeutung des letzteren als Rahmen für die Zusammenarbeit betont. Ein Delegierter schilderte die Bemühungen seines Landes zur Ratifizierung des Übereinkommens.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission, der im Namen der Europäischen Gemeinschaft, der dem Europäischen Wirtschaftsraum angehörenden Länder sowie der EU-Beitrittsländer und -kandidaten sprach, gratulierte dem Regionalbüro zur Erstellung der Europäischen Strategie und zur Überwachung ihrer Umsetzung und lobte die darin enthaltene Akzentsetzung auf Partnerschaft. Die EU und ihre Mitgliedstaaten seien eine treibende Kraft bei der Eindämmung des Tabakkonsums in Europa: durch den Beitrag zur Ausarbeitung der Protokolle über den unerlaubten Handel und die grenzüberschreitende Werbung, durch die Umsetzung der EU-Richtlinien zu Tabakprodukten und Tabakwerbung und durch die Übernahme einer Vorreiterrolle bei der Einführung von bebilderten Warnhinweisen auf Packungen und durch das Verbot direkter wie indirekter Tabakwerbung auf internationalen Veranstaltungen. Die EU werde bei der Eindämmung des Tabakkonsums auch weiterhin mit der WHO und ihren Partnern in der gesamten Region zusammenarbeiten.

Der Delegierte eines Landes, das auf der letzten Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens die Koordination auf europäischer Ebene sichergestellt hatte, wies darauf hin, dass die Konferenz mit Schablonen für die beiden Protokolle operieren werde, und forderte die verbleibenden europäischen Länder nachdrücklich auf, das Rechtsinstrument zu ratifizieren.

### **Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit**

Der Vorsitzende des EEHC berichtete, dass die letzten Tagungen des Ausschusses und der Arbeitsgruppe zum Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region (CEHAPE) sich auf wissenschaftliche Aspekte und die Fortschritte bei der Umsetzung der vier vorrangigen Ziele der Region aus dem CEHAPE konzentriert hätten. Die Beteiligung sei sehr hoch gewesen, alle Mitgliedstaaten seien herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Es seien Workshops veranstaltet worden mit dem Ziel, die Länder bei der Erarbeitung ihrer nationalen Pläne zu unterstützen, und 42 Länder verfügten jetzt über aktive Programme zum Schutz der Kinder vor umweltbedingten Gesundheitsgefahren. Im Jahr 2007 würde in Wien auf einer zwischenstaatlichen Tagung eine Halbzeitbilanz der gemachten Fortschritte in Richtung auf die Verpflichtungen gezogen, die auf der Vierten Europäischen Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit (Budapest, Juni 2004) eingegangen worden seien. In Wien werde auch eine Reihe einfacher und robuster Indikatoren vorgestellt, die bei der Politikgestaltung als Orientierungshilfe dienen sollten und eine harmonisierte Zeitreihe für die 5. Ministerkonferenz im Jahr 2009 begründen würden.

Er nannte die Daten der bevorstehenden Tagungen, dankte den Gast- und Geberländern und stellte fest, dass die WHO angesichts der Verpflichtung der Mitgliedstaaten mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet werden sollte, welche nachhaltige Fortschritte auf dem Gebiet von Umwelt und Gesundheit sichern könnten.

In der sich anschließenden Aussprache stellten einige Delegierte fest, dass im Prozess Umwelt und Gesundheit ein Ansatz aus Initiative und Innovation verfolgt werde. Die Einbeziehung der unterschiedlichen

Akteure stelle sicher, dass der Prozess auch langfristig wirksam und nachhaltig sei. Das verdiene ein genaueres Studium durch die Leitungsgremien und könne auch in anderen Bereichen Anwendung finden.

In einer Wortmeldung im Namen der nordischen Länder wurde erfreut festgestellt, dass der EEHC die Beteiligung der Jugend gefördert habe. Es sei entscheidend gute Lebensbedingungen und eine gesunde Umwelt für junge Menschen und Kinder zu erreichen und der EEHC diene bei diesem Bemühen als ein wichtiges Werkzeug. Es gebe gute Beispiele für eine Zusammenarbeit unter den Mitgliedstaaten bei der nationalen Umsetzung des CEHAPE. In diesem Sinne sei der Nordische Ministerrat ein wichtiger Moderator der Kooperation unter den nordischen Ländern gewesen. Der EEHC verfüge über die Mittel, das Wissen und die Vernetzung, um den Ländern bei der Bewältigung ihrer Herausforderungen im Bereich Umwelt und Gesundheit zu helfen.

Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass der Zustand der Umwelt in einem Land den Gesundheitszustand seiner Bevölkerung bestimme. In einer Wortmeldung wurde geschildert, wie viele föderale und regionale Gesetze und Vorschriften eingeführt worden seien, um z. B. die Luftverschmutzung zu verringern und die Wasserqualität zu verbessern. Es sei wichtig die Arbeit zur Verbesserung der Umweltbedingungen fortzusetzen und Katastrophen vorzubeugen und zu begegnen, die gesundheitliche Konsequenzen haben könnten.

Der Regionaldirektor beglückwünschte den EEHC zu der Erfüllung der schwierigen Aufgabe, die Wissenschaft auf Grundlage der Entscheidungen einer Ministerkonferenz enger an das Handeln heranzuführen. Auf die Umsetzung komme es an. Bei der Zwischenbilanz des CEHAPE-Prozesses im Jahr 2007 und der Ministerkonferenz 2009 würden Bedienstete des Regionalbüros, Wissenschaftlicher und Vertreter der Mitgliedstaaten zusammenkommen, um auf den Ergebnissen der Budapester Konferenz aufzubauen.

### **Indikatoren für die Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“**

Der Koordinator des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik stellte Betrachtungen zur Methodik der Entwicklung von Indikatoren an, die zur Beobachtung der Umsetzung des aktualisierten Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GFA) verwendet werden könnten. Da die Aktualisierung selbst keine Vorschrift darstelle und keine Ziele oder Maßstäbe enthalte, seien Vergleiche nicht einfach anzustellen. Es fehle auch an gemeinsamen Definitionen. In unterschiedlichen Foren werde an einem gemeinsamen Verständnis über einige Punkte gerungen, doch bislang seien noch keine Indikatoren in allen Mitgliedstaaten auf gleiche Weise eingesetzt worden.

Die Gesundheitssysteme bildeten das Umfeld für die Umsetzung des GFA-Rahmenkonzepts, doch die Auswirkungen gingen über den Gesundheitssektor hinaus, was bedeute, dass der Stellenwert der zu Gesundheit angestellten Überlegungen in den Konzepten anderer Sektoren bewertet werden müsse und dies sei keine leichte Sache. Außerdem gebe es noch keinen Konsens zwischen den Mitgliedstaaten über gemeinsame Indikatoren zur Beobachtung der Ziele für das Gesundheitssystem. Bei der Überwachung der ethischen Führung müssten außer quantitativen Indikatoren auch die Art der Umsetzung der Werte sowie die Rolle der Ministerien und der Regierungen beobachtet werden.

Umfangreiche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen finde bereits statt und gemeinsame Definitionen würden verwendet. Es gebe auch bereits Daten aus der GFA-Datenbank der WHO sowie aus anderen Datenbanken und aus Initiativen der OECD, des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaften (EUROSTAT), der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission und anderer Organisationen. All diese Arbeit sei für die Erzeugung von Indikatoren sinnvoll.

Drei Optionen seien daher zu erwägen. Die erste bestehe aus einem umfassenden Vorgehen, das durch die Entwicklung neuer Indikatoren Vergleiche und Maßstäbe ermöglichen würde. Damit wäre ein hoher Mitteleinsatz verbunden. Die zweite Option bestehe in der selektiven Beobachtung, die auf vorhandenen Indikatoren aufbauen würde; dadurch würde die Reichweite der Beobachtungen eingeschränkt, Fallstudien zur ethischen Führung wären aber inbegriffen. Die Mitgliedstaaten müssten dafür erhebliche Anstrengungen

in die Datenerhebung stecken und substanzielle Mittel wären auch hier erforderlich. Die dritte Option bestehe im selektiven Beobachten von Ländern. Dieses bedeute eine Beschränkung auf eine begrenzte Zahl verfügbarer Proxy-Indikatoren und die Verwendung gegenwärtig gesammelter Erkenntnisse, welche durch einzelne Fallstudien zur Leitungsfunktion ergänzt würden und dann zwischen den Mitgliedstaaten ausgetauscht werden könnten. Der Mittelbedarf wäre hier geringer als bei den ersten beiden Optionen, aber dennoch erheblich.

In der sich anschließenden Aussprache wurde bemerkt, dass die selektive Beobachtung in den Ländern nicht nur die erforderlichen Informationen erbringen, sondern auch einen Ausgangspunkt für eine schnelle Bewertung des künftigen Fortschritts schaffen würde. Die Ergebnisse würden auch die tatsächlichen Probleme beleuchten und dadurch könne die methodische Unterstützung des Regionalbüros zielgerichteter und wirksamer eingesetzt werden. Das Regionalkomitee bevorzugte daher die dritte als die brauchbarste Option und als eine, die auf bereits von anderen Organisationen geleistete Arbeit aufbauen würde; es ersuchte den SCRC sich mit der Umsetzung dieser Option zu befassen.

### **Bericht über die Umsetzung der DOTS-Strategie gegen Tuberkulose und Fortschritte in der Malariabekämpfung**

Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme bemerkte, dass der Tuberkulose-Notstand in der Region ein größeres Engagement aller Länder, nicht nur der 18 am stärksten betroffenen, verlange. Die DOTS-Strategie habe 2004 die Bevölkerung der Region zu 47% erreicht, gegenüber nur 17% im Jahr 2001, dennoch sei eine weitere Ausdehnung erforderlich. Die wichtigsten Herausforderungen lägen in der multiresistenten und der auf HIV-bezogenen Tuberkulose und in den zu schwachen und reformbedürftigen Gesundheitssystemen. Zu den Etappenzielen der Tuberkulose-Bekämpfung zählten: die Resolution des Regionalkomitees aus dem Jahre 2002 zur Intensivierung der Tb-Bekämpfung, die „Stop TB“-Strategie von 2006, der Globale Plan „Stop TB“ 2006–2015, der damit verwandte Plan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2007–2015 (in Vorbereitung) und das für 2007 geplante Ministerforum. Die Mittel des Regionalbüros für diese Aufgabe bestünden aus einem Budget in Höhe von 12 Mio. US-\$ für 2006–2007 und 56 Bediensteten (49 vor Ort). Das Regionalbüro habe Länder dabei unterstützt, erhebliche Zuschüsse aus dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zu erlangen; gerade helfe man elf Mitgliedstaaten bei der Erstellung neuer Vorschläge für den Fonds.

Die Region habe im Bereich der Malariabekämpfung so große Fortschritte erzielt, dass sie trotz des Fortbestehens des Problems in acht Ländern jetzt bereit sei, sich auf die Eliminierung zuzubewegen, wie dies auch in der Erklärung von Taschkent zum Ausdruck gekommen sei, die schon neun von Malaria betroffene Länder unterzeichnet hätten. Das Regionalbüro setze 2006–2007 zu diesem Zweck 2 Mio. US-\$ und drei Bedienstete (einen vor Ort) ein und habe vier Mitgliedstaaten bei der Sicherung von Zusagen des Globalen Fonds unterstützt. Die Eliminierung sei bis 2015 zu schaffen und würde die Gesundheitsbedrohung von 30 Mio. Menschen beseitigen; um seinen Teil dazu beitragen zu können, benötige das Regionalbüro allerdings 2 Mio. US-\$ pro Jahr.

In allen Redebeiträgen wurde dem Regionalbüro für die Unterstützung ihres Kampfes gegen Tuberkulose und Malaria gedankt, einige Bemerkungen gab es auch zur wertvollen Unterstützung durch den Globalen Fonds. Einige Delegierte schilderten Fortschritte ihrer Länder gegenüber beiden Krankheiten und zeigten sich bereit ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen, auch solche zum DOTS-Erweiterungsplan. In einer Wortmeldung wurde darauf gedrungen, bei den Bemühungen um die Prävention von Tuberkulose, HIV und Malaria auch die Menschen mit parasitären Erkrankungen zu versorgen.

Einige Delegierte betonten die Bedeutung des Problems der multiresistenten Tuberkulose. In einem Beitrag wurde die Herangehensweise des Regionalbüros zur Bekämpfung der Tuberkulose durch eine Stärkung der Gesundheitssysteme unterstützt, weitere Unterstützung des betreffenden Mitgliedstaates zugesagt und die Aussicht auf die Teilnahme am Ministerforum im Jahr 2007 begrüßt. In einem anderen Beitrag wurde angeregt, der nächste Folgebericht an das Regionalkomitee solle die stark arzneimittelresistente

Tuberkulose mit einschließen, und es wurde gefragt, wie die Zukunft des Projekts zur Gesundheit in Gefängnissen aussehe, wo dies doch ein wertvolles Mittel zur Bekämpfung von Tuberkulose, HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen und zum Schutz der Gesundheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen sei.

Mehrere Rednerinnen und Redner begrüßten die Erklärung von Taschkent und ihr Ziel einer Eliminierung der Malaria bis zum Jahr 2015.

Ein Vertreter des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria begrüßte die sinnvolle Verwendung der Zuschüsse aus dem Fonds, z. B. für die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose. Zuschüsse zur Bekämpfung der Malaria könnten die Umsetzung der Erklärung von Taschkent beschleunigen helfen. Die fachliche Unterstützung der WHO sei entscheidend für eine erfolgreiche Arbeit der bezuschussten Länder. Der Globale Fonds werde weiter die Region in ihrem Kampf gegen Tuberkulose, Malaria und HIV/Aids durch die Finanzierung lokal und national gestalteter Programme unterstützen und deren Erfolge feiern.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme erwiderte, dass die gegenseitige Unterstützung durch die Länder, das Regionalbüro und den Globalen Fonds für einen Erfolg entscheidend seien. Das Regionalbüro räume dem Projekt Gesundheit in Gefängnissen weiter Priorität ein.

### **Bericht über Fortschritte im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz**

Der Direktor des Sonderprogramms Umwelt und Gesundheit fasste die Fortschritte im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz vor dem Hintergrund zusammen, dass das Regionalkomitee auf seiner 54. und 55. Tagung darum gebeten habe, die Arbeit in diesem Bereich zu verstärken.

Bei der zuschreibbaren Krankheitslast in der Region lägen berufliche Risiken unter den ersten zehn Risikofaktoren, machten 2,5% des Verlustes an um Behinderungen bereinigten Lebensjahren aus und beträfen häufig junge produktive Mitglieder der Gesellschaft. Jedes Jahr kämen 27 000 Arbeiter bei Arbeitsunfällen ums Leben und 200 000 stürben an berufsbedingten Erkrankungen. Auf jeden Todesfall kämen mindestens 100 weitere Menschen, die durch eine berufsbedingte Erkrankung betroffen seien.

Die Beteiligung der Gesundheitsministerien an dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz sei manchmal marginal, dabei könne durch eine Schutzfunktion des Gesundheitssektors hier ein erheblicher Beitrag geleistet werden. Die Globalisierung stelle eine Herausforderung dar und eine zunehmende Zahl von Migranten kämen aus den armen in die reichen Länder, um dort zu untertariflichen Bedingungen in Sektoren wie der Baubranche und der Landwirtschaft sowie im Gesundheitsbereich selbst zu arbeiten. Zu den weiteren Problemen zählten neue gefährliche Technologien, die Überalterung des Arbeitsmarktes und Kinderarbeit.

Die Arbeit des Programms Gesundheit am Arbeitsplatz sei im Büro durch einen halbtags beschäftigten Referenten gestärkt worden, der sich auf die Unterstützung der Länder bei der Umsetzung internationaler Verpflichtungen, manchmal in Form der zweijährlichen Vereinbarungen, konzentriere. Er trage auch zur Aktualisierung und Förderung der Globalen Strategie für Gesundheit am Arbeitsplatz für alle durch das Netz aus WHO-Kooperationszentren bei. Finanzielle und personelle Begrenzungen hätten eine weitere Ausweitung der Bemühungen verhindert.

Ein globaler Aktionsplan für die Gesundheitsberufe 2008–2017 werde vom WHO-Hauptbüro zur Vorlage bei der Weltgesundheitsversammlung 2007 entwickelt und eine hochrangige Tagung zu diesem Plan werde in Genf im Oktober 2006 stattfinden. Das Regionalbüro werde die globale Strategie und den Plan für die Zwecke der Europäischen Region anpassen und seine Tätigkeiten enger mit anderen Partnern wie der IAO und der Europäischen Kommission (vor dem Hintergrund der Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz) verknüpfen. Das Netz aus Kooperationszentren in der Europäischen Region werde darum gebeten werden, weiter personelle Ressourcen und Sachverstand beizusteuern.

In der Aussprache begrüßten Vertreterinnen und Vertreter der Länder die Tätigkeiten des Büros im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz und waren der Ansicht, dass sie von zusätzlichen Mitteln profitieren würde. In Zeiten der Knappheit seien jedoch unterschiedliche Arbeitsweisen erforderlich und das gut strukturierte Netz aus Kooperationszentren könne effizient mit Wissen und Sachverstand zu der Arbeit beitragen. Die Konzepte für Gesundheit am Arbeitsplatz seien auf einer sektorübergreifenden Grundlage entwickelt worden und die Zentren spielten in ihren Ländern eine führende Rolle für die arbeitsmedizinischen Dienste. Auf einem informellen Treffen europäischer Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsminister in Helsinki sei im Juli 2006 die zweigleisige Verbindung zwischen Gesundheit und Arbeit betont worden: Jede wirke sich auf die andere aus. Viele Konzepte jenseits der Aufgaben des Gesundheitssektors beeinflussten die Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Aktivitäten im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz sollten ausgeweitet werden, damit auch die Erkennung und Prävention von berufsbedingten Krankheiten und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz umfasst würden. Der Vertreter eines Mitgliedstaates regte an, dass man eine Strategie der Region in Betracht ziehen möge.

## **Wahlen und Nominierungen**

*(EUR/RC56/7 und /7 Corr.1)*

Das Regionalkomitee behandelte in geschlossener Sitzung die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat und wählte Mitglieder für den SCRC und den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Reproduktion.

### **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss einvernehmlich, dass die Republik Moldau und das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland ihre Kandidatur zur Weltgesundheitsversammlung im Mai 2007 anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten.

### **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte Georgien, Norwegen und Kirgisistan für eine dreijährige, vom September 2006 bis zum September 2009 reichende Amtszeit, in den SCRC.

### **Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten**

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung zum Sonderprogramm beschloss das Regionalkomitee einvernehmlich die Mitgliedschaft Usbekistans im gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten für eine dreijährige Amtsperiode ab 1. Januar 2007.

## **Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2007, 2008, 2009 und 2010**

*(EUR/RC56/Conf.Doc./6)*

Die Delegationen der Russischen Föderation und Georgiens boten jeweils an, die 59. Tagung des Regionalkomitees in ihrem Land auszurichten. Diese großzügigen Angebote werden im kommenden Jahr vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees behandelt.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC52/R5, mit der bestätigt wird, dass die 57. Tagung vom 17. bis 20. September 2007 in Belgrad, Serbien, stattfindet, und beschlossen wird, die 58. Tagung vom 15. bis 18. September 2008 im Regionalbüro für Europa in Kopenhagen abzuhalten, die 59. Tagung vom 14. bis 17. September 2009 abzuhalten und die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Kopenhagen abzuhalten.

## **Sonstige Angelegenheiten**

Während der Tagung wurden Fachinformationen zu den Themen Influenza, HIV/Aids-Prävention, Ansätze zur Gesundheitssystemfinanzierung in der Europäischen Region der WHO und Vorbereitungen der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas gegeben.

## Resolutionen

### EUR/RC56/R1

#### **Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2004–2005**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2004–2005 (Dokument EUR/RC56/4) und des dazu gehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2004–2005 (Dokument EUR/RC56/Inf.Doc./1) –

1. DANKT dem Regionaldirektor für den Bericht,
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2004–2005 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, bei der Weiterentwicklung der Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros die während der Aussprache auf der 56. Tagung gemachten Vorschläge zu berücksichtigen und diese in die Arbeit einzubeziehen.

### EUR/RC56/R2

#### **Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution WHA53.17 über die Globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie die Resolutionen WHA57.17 über die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit und WHA55.25 über die Globale Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern sowie auf in jüngerer Zeit angenommene Resolutionen über durch schädlichen Gebrauch von Alkohol verursachte Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit (WHA58.26), über Krebsverhütung und -bekämpfung (WHA58.22), über Behinderungen, einschließlich Prävention, Management und Rehabilitation (WHA58.23) und über Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (EB117.R9),

in Anerkennung der bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und der laufenden Bemühungen im Rahmen der Europäischen Anti-Tabak-Strategie (EUR/RC52/R12), des Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC55/R1), des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (EUR/RC50/R8), des Aktionsplans zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC54/R3), des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (EUR/RC55/R2) und der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (EUR/RC55/R6),

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC54/R4, in der es den Regionaldirektor zur Ausarbeitung einer umfassenden maßnahmenorientierten Europäischen Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten aufforderte,



in der Erkenntnis, dass auf nichtübertragbare Krankheiten 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Europäischen Region entfallen, so dass sie gegenwärtig wie künftig das schwerwiegendste Gesundheitsproblem für alle Mitgliedstaaten der Region darstellen,

in Anerkennung der bereits erzielten Fortschritte und Zugewinne, doch immer noch besorgt über die gesundheitlichen Auswirkungen und die Verteilung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Gesellschaft, die vor allem in den sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowie in den armen Ländern für einen beträchtlichen Verlust an Lebensqualität verantwortlich sind,

in Anbetracht der erheblichen negativen Auswirkungen nichtübertragbarer Krankheiten auf die ökonomische und soziale Entwicklung in jeder Gesellschaft sowie der Verschärfung der gesundheitlichen Ungleichheiten,

in der Erkenntnis, dass die Belastung aus nichtübertragbaren Krankheiten durch groß angelegte Interventionen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Verbindung mit systematischen und kontinuierlichen Anstrengungen zur Bewältigung der Determinanten von Gesundheit im weiteren Sinne und der Risikofaktoren sowie einer effektiven Bekämpfung chronischer Erkrankungen erheblich verringert werden kann,

in Anbetracht der Notwendigkeit, dass die Regierungen bei der Intensivierung der Bemühungen zur Überwindung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vermeidbaren Krankheitslast die Führungsrolle übernehmen und angesichts der vielfältigen zugrunde liegenden Ursachen dieser Krankheiten in umfassende multisektorielle Anstrengungen in geeigneten Bereichen der Gesellschaft investieren,

in Bekräftigung der Grundwerte und -prinzipien des auf der 55. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im Jahr 2005 verabschiedeten aktualisierten Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC56/8 und der darin enthaltenen Vorschläge zu einer Europäischen Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten, die auf die Vermeidung vorzeitiger Todesfälle und eine signifikante Verringerung der aus nichtübertragbaren Krankheiten entstehenden Krankheitslast durch integrierte Maßnahmen, auf eine Verbesserung der Lebensqualität und auf eine ausgeglichene Lebenserwartung in den sowie zwischen den Mitgliedstaaten abzielt –

1. NIMMT die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten als strategischen Handlungsrahmen an, mit dem die Mitgliedstaaten der Europäischen Region ihre nationale Politik umsetzen und eine aktive internationale Zusammenarbeit verwirklichen können,
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) nationale Gesundheitsstrategien zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu entwickeln bzw. auszubauen, die integrierte Maßnahmen in Bezug auf die Risikofaktoren und die zugrunde liegenden Determinanten vorsehen, ggf. durch einen multisektoriellen Ansatz,
  - b) die Gesundheitssysteme verstärkt auf eine verbesserte Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten einzustellen, damit die Gesundheitsdienste gut gerüstet sind und Maßnahmen zur Senkung der gegenwärtigen Krankheitslast ergreifen und die Chancen für die Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung verbessern können,
  - c) eine auf die gesamte Lebensdauer angelegte Prävention als effektive Investition mit wesentlichen Auswirkungen auf die ökonomische und soziale Entwicklung einer Gesellschaft zu ergreifen und eine entsprechende Neuverteilung der Mittel zu veranlassen,

- d) einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung als grundlegendes Mittel zur Verwirklichung von Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich sicherzustellen und
  - e) überprüfbare multisektorielle Mechanismen auf der geeigneten staatlichen Ebene zur Umsetzung und regelmäßigen Überwachung der vorstehend erwähnten öffentlichen Gesundheitsstrategien zu schaffen, bei denen die wichtigsten Akteure einbezogen und Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen systematisch eingesetzt werden,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) die Umsetzung der Strategie in der Region aktiv zu unterstützen und durch einen multisektoriellen Ansatz Handlungsmechanismen in Bezug auf die Determinanten zu schaffen,
  - b) die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Strategie zu unterstützen, indem die bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit durch folgende Maßnahmen verstärkt wird:
    - Entwicklung eines Bündnisses für die Überzeugungsarbeit und das Handeln im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten mit den wichtigsten Partnern,
    - Aufbau eines Netzes nationaler Ansprechpersonen als internationale Anlaufstelle und Beratungsinstanz im Hinblick auf die Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten,
    - Erleichterung des Informationsaustauschs über Erkenntnisse und beste Praxis unter Schwerpunktlegung auf Konzeptentwicklung und Umsetzung der Strategie,
    - Verstärkung der Erforschung von Interventionen und Umsetzung und
    - Aufbau eines Überwachungsmechanismus zur Messung von Fortschritten bei der Konzeptentwicklung und -umsetzung sowie ihrer Auswirkungen auf die Entwicklung der Gesundheitssituation und zur regelmäßigen Erhebung und Meldung allgemeiner Indikatoren für die durch nichtübertragbare Krankheiten bedingte Morbidität in der Region,
  - c) dem Regionalkomitee auf seiner 58. Tagung im Jahr 2008 über die Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten Bericht zu erstatten.

## EUR/RC56/R3

### Die Zukunft des Regionalbüros für Europa

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolution EUR/RC55/R5 und die in den Berichten des Zwölften Ständigen Ausschusses (SCRC) skizzierten Prinzipien (Dokumente EUR/RC55/4 und /4 Add.1) über die Einsetzung einer Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa,

nach Prüfung und Erörterung des Dokuments EUR/RC56/11 über die Zukunft des Regionalbüros,

unter erneutem Hinweis auf die Ziele und Aufgaben der WHO, wie sie in ihrer Satzung ausgeführt sind,

feststellend, dass das Dokument zum Zweck der ausgiebigen Konsultation mit den Mitgliedstaaten vorgelegt wird und dass es im Einklang mit anderen Konzepten wie den Millenniums-Entwicklungszielen, dem Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO und der Länderstrategie des Regionalbüros für Europa steht –

1. STIMMT dem Gesamtansatz des Dokuments und den Richtungen ZU, die das Regionalbüro einschlagen sollte, um im Jahr 2020 in einer starken Partnerschaft mit anderen von Gesundheitsfragen betroffenen und im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen auf der internationalen Gesundheitsbühne richtig positioniert zu sein,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor, für eine effektive und effiziente, Beiträge der Mitgliedstaaten ermöglichende Umsetzung der in dem Dokument skizzierten strategischen Richtungen zu sorgen und dem Regionalkomitee auf seiner 59. Tagung im Jahr 2009 über die erreichten Fortschritte unter Berücksichtigung der durch den Mittelfristigen Strategieplan 2008–2013 vorgegebenen Richtungen zu berichten.

## EUR/RC56/R4

### **Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013**

Das Regionalkomitee –

nach Überprüfung des Programmhaushaltsentwurfs für den Zweijahreszeitraum 2008–2009 im Rahmen des mittelfristigen Strategieplans (Dokument EUR/RC56/10) und der dazugehörigen regionalen Perspektive (EUR/RC56/10 Add.1) und nach Kenntnisnahme der diesbezüglichen Stellungnahme des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) sowie des Regionalkomitees selbst,

unter Begrüßung der kontinuierlichen Bemühungen in der gesamten Organisation um Vorlage eines stärker zielgerichteten Haushalts mit einer nun längerfristigen strategischen Zielsetzung über drei Zweijahreszeiträume nach Maßgabe des mittelfristigen Strategieplans,

in Kenntnis der Tatsache, dass die Haushaltsvoranschläge im Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 stehen, in der der Regionaldirektor ersucht wurde, das regionale Element des Programmhaushalts in Übereinstimmung mit den für die Vorlage des globalen Programmhaushalts zu Grunde gelegten Prinzipien darzustellen und zugleich die Prioritäten und Besonderheiten der Region herauszuarbeiten,

weiterhin in Kenntnis der Tatsache, dass die vorliegenden Haushaltsvoranschläge angesichts der Tatsache, dass nach Artikel 34 der Satzung der WHO der Generaldirektor den Haushaltsentwurf der Organisation vor der endgültigen Zustimmung durch die Weltgesundheitsversammlung dem Exekutivrat zu unterbreiten hat, noch als Entwurf anzusehen sind –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, dem Generaldirektor die vom Regionalkomitee zu dem Programmhaushaltsentwurf geäußerten Ansichten, Stellungnahmen und Vorschläge zu übermitteln, die bei der Fertigstellung des Programmhaushalts zu berücksichtigen sind,
2. NIMMT den im Dokument EUR/RC56/10 enthaltenen globalen Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 ZUR KENNTNIS, der durch reguläre Mittel sowie Mittel aus anderen Quellen finanziert wird, sofern letztere zur Verfügung stehen,
3. BEFÜRWORTET die in dem Dokument „Programmhaushaltsentwurf 2008–2009: Die Perspektive der Europäischen Region“ (EUR/RC56/10 Add.1) vorgegebene strategische Zielrichtung.

**EUR/RC56/R5****Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees  
in den Jahren 2007–2010**

Das Regionalkomitee –

1. DANKT der Regierung Serbiens für die Zusage, Gastgeber für die 57. Tagung des Regionalkomitees zu sein.
2. BESCHLIESST FERNER, dass die 57. Tagung vom 17. bis 20. September 2007 in Belgrad, Serbien abgehalten wird.
3. BESCHLIESST, dass die 58. Tagung vom 15. bis 18. September 2008 in Kopenhagen abgehalten wird.
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 59. Tagung vom 14. bis 17. September 2009 abgehalten wird (Tagungsort noch zu beschließen) und dass die 60. Tagung vom 13. bis 16. September 2010 in Kopenhagen abgehalten wird.

**EUR/RC56/R6****Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC56/6 und EUR/RC56/6 Add.1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit,
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 56. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Vorschlägen und Anregungen Maßnahmen zu treffen, unter voller Berücksichtigung der vom Regionalkomitee auf der 56. Tagung vereinbarten und im Tagungsbericht festgehaltenen Änderungen.

**Beschluss****(EUR/RC56/1)****Mehr Gesundheit und Sicherheit in der Europäischen Region**

Das Regionalkomitee beschloss, den Regionaldirektor dazu aufzufordern, die Arbeit für mehr Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region durch integrierte Vorsorge und geeignete Gegenmaßnahmen im Gesundheitssystem fortzusetzen und dabei die Ansichten des Regionalkomitees zu berücksichtigen.

*Anhang 1***Tagesordnung****1. Eröffnung der Tagung**

Wahl des Präsidenten, Exekutivpräsidenten, Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und Berichtstatters

Annahme der Tagesordnung und des Programms

**2. Ansprache des amtierenden Generaldirektors****3. Grußwort Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark****4. Ansprache des Regionaldirektors, einschl. Bericht über die Arbeit des Regionalbüros****5. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben****6. Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees****7. Grundsatz- und Fachfragen**

- a) Europäische Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten
- b) Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 und mittelfristiger Strategieplan 2008–2013
- c) Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa
- d) Förderung der Gesundheitssicherheit.

**8. Folgethemen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa**

- Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie
- Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit
- Indikatoren für die Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“
- Bericht über die Umsetzung der DOTS-Strategie gegen Tuberkulose und Fortschritte in der Malariabekämpfung
- Bericht über Fortschritte im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz

**9. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen**

- a) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
- b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
- c) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

**10. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2007, 2008, 2009 und 2010****11. Sonstige Angelegenheiten****12. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

**Fachinformationen**

Aktuelles zum Thema Influenza

Ansätze zur Gesundheitssystemfinanzierung in der Europäischen Region der WHO

Aktuelles zu den Vorbereitungen der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas

HIV/Aids-Prävention

*Anhang 2***Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente****Arbeitspapiere**

EUR/RC56/1 Rev.3	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC56/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC56/3 Rev.2	Vorläufiges Programm
EUR/RC56/4	Die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 2004–2005, Zweijahresbericht des Regionaldirektors
EUR/RC56/5	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC56/6	Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC56/6 Add. 1	Bericht über die fünfte Tagung des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC56/7 + Corr.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC56/8	Zugewinn an Gesundheit Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten
EUR/RC56/9 Rev.1	Förderung der Gesundheitssicherheit: Antwort des Gesundheitssektors auf die Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC56/10	Mittelfristiger Strategieplan 2008–2013 und Programmhaushaltsentwurf 2008–2009
EUR/RC56/10 Add. 1	Mittelfristiger Strategieplan 2008–2013 und Programmhaushaltsentwurf 2008–2009: die Perspektive der Europäischen Region der WHO
EUR/RC56/11	Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa
EUR/RC56/12	Weiterverfolgung von Themen früherer Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

**Informationsdokument**

EUR/RC56/Inf.Doc./1	Bericht des Regionaldirektors – Umsetzung des Programmhaushalts 2004–2005
---------------------	---

**Hintergrunddokument**

EUR/RC56/BD/1	Ansätze zur Gesundheitsfinanzierung in der Europäischen Region der WHO
---------------	--





*Anhang 3***Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer****I. Mitgliedstaaten****Albanien***Repräsentanten*

Herr Maksim Cikuli  
Gesundheitsminister

Frau Zamira Sinoimeri  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

*Stellvertreterin*

Frau Mirela Tabaku  
Leiterin des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

*Berater*

Herr Isuf Kalo  
Berater des Gesundheitsministers

**Andorra***Repräsentantin*

Frau Montserrat Gil Torné  
Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

*Stellvertreter*

Frau Carme Pallarès Papaseit  
Leiterin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

Herr Josep M. Casals Alís  
Leiter, Abteilung Nahrung und Ernährung, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

**Armenien***Repräsentanten*

Dr. Norayr Davidyan  
Gesundheitsminister

Herr Tatul Hakobyan  
Stellvertretender Gesundheitsminister

## Belgien

### *Repräsentant*

Herr Johan Peeters  
Directeur, Institut Scientifique de Santé Publique

### *Stellvertreterin*

Frau Leen Meulenbergs  
Conseillère, Chef du Service des Relations Internationales, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

### *Berater*

Dr. Godfried Thiers  
Directeur honoraire, L'Institut scientifique de Santé Publique

## Bosnien-Herzegowina

### *Repräsentant*

Dr. Ranko Škrbić  
Minister für Gesundheit und Soziales, Republika Srpska

### *Stellvertreterinnen*

Frau Snježana Bodnaruk  
Assistentin des Föderalen Gesundheitsministers, Föderales Gesundheitsministerium

Dr. Šerifa Godinjak  
Leiterin, Abteilung Gesundheit, Sozialversorgung und Rentenversicherung, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten

## Bulgarien

### *Repräsentanten*

Prof. Radoslav Gaydarski  
Gesundheitsminister

Dr. Valeri Tzekov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr Ivan Dimitrov  
Botschafter Bulgariens in Dänemark

Herr Ilia Krastelnikov  
Staatlicher Sachverständiger, Direktorat für Menschenrechte und internationale humanitäre Organisationen, Außenministerium

Prof. Lyubomir Ivanov  
Leiter, Staatliches Zentrum für den Schutz der öffentlichen Gesundheit

*Beraterin*

Dr. Romyana Toshkova  
Leitende Sachverständige, Direktorat für internationale Zusammenarbeit und europäische Integration, Gesundheitsministerium

**Dänemark***Repräsentant*

Dr. Jens Kristian Gøtrik  
Leitender Medizinalbeamter, Staatliche Gesundheitsbehörde

*Stellvertreter*

Herr Mogens Jørgensen  
Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit

*Berater*

Dr. Else Smith  
Leiterin, Staatliches Zentrum für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Staatliche Gesundheitsbehörde

Frau Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Staatliche Gesundheitsbehörde

Dr. Svend Juul Jørgensen  
Leitender Berater, Staatliche Gesundheitsbehörde

Frau Susanne Abild  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

**Deutschland***Repräsentant*

Herr Udo Scholten  
Ständiger Vertreter des Abteilungsleiters E, Europäische und Internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

*Stellvertreter*

Herr Thomas Hofmann  
Referent im Referat E 14, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Gerhard Hegendörfer  
Stellvertretender Leiter, Referent im Referat E 14, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Frau Angela Kratzer  
Bürosachbearbeiterin im Referat E 14, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Frau Anke Konrad  
Ständige Vertretung Deutschlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

*Beraterin*

Dr. Hedwig Petry  
Leiterin, Abteilung Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherung, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

### **Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien**

*Repräsentanten*

Dr. Vladimir Lazarevik  
Berater für Gesundheitsfragen, Büro des Premierministers

Frau Snezana Čičevalieva  
Leiterin, Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Herr Cvetko Sofkoski  
Ministerieller Berater, Botschaft der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien in Rumänien

### **Estland**

*Repräsentanten*

Herr Peeter Laasik  
Stellvertretender Minister für Soziales

Frau Ülla-Karin Nurm  
Leiterin, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

*Berater*

Frau Marge Reinap  
Amtierende Leiterin, Referat Gesundheitspolitik, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Herr Sten Schwede  
Zweiter Botschaftsrat, Botschaft Estlands in Dänemark

### **Finnland**

*Repräsentanten*

Dr. Kimmo Leppo  
Generaldirektor, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Prof. Pekka Puska  
Generaldirektor, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

*Stellvertreter*

Frau Liisa Ollila  
Ministerielle Beraterin, Leiterin des Referats für die Vereinten Nationen und die multilaterale Zusammenarbeit, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Risto Pomoell  
Ministerialrat, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Taru Koivisto  
Ministerielle Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Herr Eero Lahtinen  
Ministerieller Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Maire Kolimaa  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frau Johanna Kotkajärvi  
Beraterin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Frau Hannele Tanhua  
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

*Beraterin*

Frau Salla Sammalkivi  
Beraterin, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

**Frankreich***Repräsentanten*

Frau Jeanne Tor de Tarle  
Attachée en charge de la santé à la Mission française près l'Office des Nations Unies à Genève

Herr Alain Lefebvre  
Conseiller social pour les pays nordiques, l'Ambassade de France au Danemark

*Stellvertreter*

Dr. Bernard Kouchner  
Président, Conseil d'Administration du programme de l'Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER)

Ihre Exzellenz Frau Anne Gazeau-Secret  
Ambassadrice de France au Danemark

Frau Isabelle Virem  
Direction Générale de la Santé du Ministère de la Santé et des Solidarités

Frau Géraldine Bonnin  
Délégation aux Affaires Européennes et Internationales du Ministère de la Santé et des Solidarités

Frau Jennifer Davies  
Responsable des affaires internationales de l'Institut National de Promotion et d'Education à la Santé

Herr Jean-Luc Wertheimer  
Deuxième Conseiller, Ambassade de France au Danemark

## **Georgien**

### *Repräsentant*

Prof. Nikoloz Pruidze  
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## **Griechenland**

### *Repräsentantinnen*

Dr. Maria Trochani  
Generalsekretärin für physische Gesundheit und soziale Eingliederung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dr. Athina Kyrlesi  
Generaldirektorin, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

### *Berater*

Prof. Angelos Hatzakis  
Medizinische Fakultät, Universität Athen

Herr Georgios Iliopoulos  
Leitender Berater, Botschaft Griechenlands in Dänemark

### *Sekretärin*

Frau Dionysia Dapada  
Amtsträgerin, Direktorat für Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

## **Irland**

### *Repräsentanten*

Dr. James Kiely  
Chief Medical Officer, Department of Health and Children

Herr Brendan Phelan  
Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children

*Stellvertreter*

Dr. John Devlin  
Deputy Chief Medical Officer, Department of Health and Children

Frau Mary Aylward  
Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children

**Island***Repräsentanten*

Frau Siv Fridleifsdottir  
Minister für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Herr David Á. Gunnarsson  
Ständiger Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

*Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr Svavar Gestsson  
Botschafter Islands in Dänemark

Frau Ragnheidur Haraldsdottir  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Frau Kolbrun Olafsdóttir  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Herr Ingimar Einarsson  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Dr. Sveinn Magnusson  
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Frau Vilborg Ingolfsdottir  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Frau Anna Bjorg Aradottir  
Leitende Beamtin für das Pflegewesen, Gesundheitsdirektion

Frau Bryndis Kjartansdottir  
Beraterin, Botschaft Islands in Dänemark

Frau Asthildur Knutsdottir  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

**Israel***Repräsentant*

Dr. Yitzhak Sever  
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Italien

### *Repräsentanten*

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

Dr. Paolo D'Argenio  
Leitender Medizinalbeamter, Direktorat für Prävention, Gesundheitsministerium

## Kirgisistan

### *Repräsentanten*

Dr. Shailoobek Niyazovich Niyazov  
Gesundheitsminister

Herr Almaz Sulaimanovich Imanbaev  
Leiter, Abteilung für strategische Planung und Reformen, Gesundheitsministerium

## Kroatien

### *Repräsentanten*

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

Prof. Marija Strnad Pesikan  
Stellvertretende Leiterin, Kroatisches Public-Health-Institut

### *Stellvertreter*

Seine Exzellenz Herr Aleksandar Heina  
Botschafter Kroatiens in Dänemark

## Lettland

### *Repräsentanten*

Herr Rinalds Muciņš  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Frau Līga Šerna  
Leiterin, Abteilung für strategische Planung, Gesundheitsministerium

## Litauen

### *Repräsentanten*

Dr. Rimvydas Turčinskas  
Gesundheitsminister



Frau Romalda Baranauskienė  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Herr Viktoras Meižis  
Leiter, Abteilung für auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Prof. Vilius Grabauskas  
Rektor, Medizinische Universität Kaunas

## **Luxemburg**

*Repräsentantinnen*

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Generaldirektorin für Gesundheit

Frau Aline Schleder-Leuck  
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

## **Malta**

*Repräsentanten*

Dr. Louis Deguara  
Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Dr. Ray Busuttil  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

*Sekretär*

Herr Saviour Gambin  
Sekretariatsleiter, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

## **Monaco**

*Repräsentantin*

Dr. Anne Nègre  
Direktorin, Gesundheit und Soziales, Abteilung für Gesundheits- und Sozialwesen

*Stellvertreterin*

Frau Carole Lanteri  
Erste Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Monacos bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## **Montenegro**

*Repräsentanten*

Prof. Miodrag Pavličić  
Gesundheitsminister

Dr. Slobodanka Krivokapić  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

## Niederlande

### *Repräsentanten*

Herr Hans de Goeij  
Generaldirektor für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frau Annemiek van Bolhuis  
Leiterin, Abteilung für Ernährung, Gesundheitsschutz und Prävention, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

### *Stellvertreter*

Frau Lenie Kootstra  
Leiterin, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Herr Lejo van der Heiden  
Koordinator, Referat für globale Fragen, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

### *Beraterin*

Frau Naroesha Jagessar  
Beigeordnete Botschaftsrätin, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## Norwegen

### *Repräsentanten*

Dr. Bjørn-Inge Larsen  
Generaldirektor, Direktion für Gesundheit und Soziales

Frau Toril Roscher-Nielsen  
Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

### *Stellvertreter*

Dr. Gunn-Elin Å. Bjørneboe  
Generaldirektorin, Öffentliche Gesundheit, Direktion für Gesundheit und Soziales

Dr. Harald Siem  
Leitender Berater, Direktion für Gesundheit und Soziales

Frau Mette Jøranli  
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Frau Turid Kongsvik  
Beraterin, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Dr. Tharald Hetland  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Herr Bernt Bull  
Leitender Berater, Direktion für Gesundheit und Soziales

Herr Arne-Petter Sanne  
Leitender Berater, Direktion für Gesundheit und Soziales

Herr Frode Forland  
Direktor, Direktion für Gesundheit und Soziales

## Österreich

### *Repräsentanten*

Dr. Hubert Hrabcik  
Generaldirektor für Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Dr. Verena Gregorich-Schega  
Leiterin, Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

### *Stellvertreter*

Herr Martin Mühlbacher  
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

## Polen

### *Repräsentant*

Prof. Wojciech K. Drygas  
Leiter, Institut für Kardiologie, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterin*

Frau Sabina Lyson  
Leitende Sachverständige, Gesundheitsministerium

## Portugal

### *Repräsentanten*

Prof. José Pereira Miguel  
Generaldirektor und Hochkommissar für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Dalila Maulide  
Stellvertretende Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

### *Stellvertreter*

Herr José Sousa Fialho  
Berater, Ständige Vertretung Portugals bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Frau Anabela Candeias  
Leiterin, Qualitätskontrolle, Generaldirektion für Gesundheit

Frau Irina Andrade  
Sachverständige, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

### **Republik Moldau**

#### *Repräsentanten*

Dr. Ion Ababii  
Minister für Gesundheit und Sozialen Schutz

Dr. Iuliana Samburschi  
Leitende Beraterin, Abteilung auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

### **Rumänien**

#### *Repräsentant*

Dr. Laurentiu Mihai  
Generaldirektor, Abteilung für Europäische Integration und Außenbeziehungen, Gesundheitsministerium

#### *Stellvertreter*

Herr Iuliu Todea  
Berater, Gesundheitsministerium

### **Russische Föderation**

#### *Repräsentanten*

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

Herr Sergei Yevgenyevich Dontsov  
Leiter, Abteilung für Verwaltung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

#### *Stellvertreterin*

Frau Yuliya Vasilievna Mikhaylova  
Direktorin, Föderales Institut für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

#### *Berater*

Herr Marat Vladimirovich Berdyev  
Erster Sekretär, Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Frau Nadezhda Sergeynva Vasilievskaya  
Stellvertretende Referatsleiterin, Abteilung für die Entwicklung der ärztlichen und medizinischen Versorgung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Frau Tatiana Michailovna Guzeeva  
Leitende Sachverständige, Referat für Surveillance von Infektionskrankheiten und parasitären Erkrankungen, Föderaler Dienst für Verbraucherschutz und Wohlfahrt

*Sekretärinnen*

Dr. Anna Vladimirovna Korotkova  
Stellvertretende Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Zentrales Forschungsinstitut für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Frau Nadezhda Anatolievna Kulyeshova  
Leitende Sachverständige, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

## **San Marino**

*Repräsentant*

Seine Exzellenz Herr Dario Galassi  
Botschafter, Ständige Vertretung San Marinos bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

## **Schweden**

*Repräsentanten*

Prof. Kjell Asplund  
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Herr Andreas Hilmerson  
Stellvertretender Direktor, Ministerium für Gesundheit und Soziales

*Stellvertreter*

Herr Bosse Pettersson  
Stellvertretender Generaldirektor, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Frau Åsa Ekman  
Leitender Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

*Beraterinnen*

Frau Ulrika Lindblom  
Referent, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Frau Ingvor Bjugård  
Abteilungsleiterin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

## **Schweiz**

*Repräsentanten*

Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Vizedirektor, Leiter Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Herr Franz Wyss  
Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

*Stellvertreter*

Herr Giancarlo Kessler  
Stellvertretender Leiter Abteilung Internationales, Bundesamt für öffentliche Gesundheit

## **Serbien**

*Repräsentanten*

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister

Prof. Snežana Simic  
Stellvertretende Gesundheitsministerin

*Stellvertreterin*

Frau Marina Jovicevic  
Amtierende Geschäftsträgerin, Botschaft Serbiens in Dänemark

*Berater*

Herr Marko Samardzija  
Zweiter Botschaftsrat, Botschaft Serbiens in Dänemark

## **Slowakei**

*Repräsentanten*

Seine Exzellenz Herr Lubomír Golian  
Botschafter der Slowakei in Dänemark

Frau Klára Frečerová  
Generaldirektorin, Abteilung für internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterinnen*

Frau Šárka Kováčová  
Direktorin, Abteilung für internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Frau Elena Jablonická  
Leitende Beraterin, Abteilung für internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

*Berater*

Herr Peter Letanovský  
Sachverständiger, Abteilung für die Prävention von chronischen Erkrankungen, Behörde für öffentliche Gesundheit

## Slowenien

### *Repräsentanten*

Dr. Andrej Bručan  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Rudolf Gabrovec  
Botschafter Sloweniens in Dänemark

### *Stellvertreterinnen*

Frau Marija Seljak  
Generaldirektorin, Direktorat für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Unterstaatssekretärin, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Dr. Božidar Voljč  
Direktor, Nationales Bluttransfusionszentrum

Frau Ada Hočevar-Grom  
Amtierende Direktorin, Institut für öffentliche Gesundheit

Frau Irena Rappelj  
Zweite Botschaftsrätin, Botschaft Sloweniens in Dänemark

Frau Janja Križman  
Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Frau Vesna Mitrić  
Beraterin, Gesundheitsministerium

## Spanien

### *Repräsentanten*

Frau Elena Salgado Méndez  
Ministerin für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. José Martínez Olmos  
Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### *Stellvertreter*

Herr José Pérez Lázaro  
Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### *Berater*

Herr Óscar Gonzáles Gutiérrez-Solana  
Fachberater, Generaldirektion für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Frau Isabel Saiz Martínez-Acitores  
Abteilungsleiterin, Generaldirektion für Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

### **Tschechische Republik**

#### *Repräsentant*

Dr. Michael Vít  
Stellvertretender Gesundheitsminister und Leiter, Amt für öffentliche Gesundheit

#### *Stellvertreter*

Frau Dana Beladová  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Herr Vladimír Hejduk  
Leitender Angestellter, Abteilung Entwicklungszusammenarbeit, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

### **Türkei**

#### *Repräsentanten*

Prof. Recep Akdağ  
Gesundheitsminister

Seine Exzellenz Herr Mehmet Akat  
Botschafter der Türkei in Dänemark

#### *Stellvertreter*

Dr. Cevdet Erdöl  
Vorsitzender, Kommission für Gesundheit, Familie, Arbeit und Soziales, Türkische Große Nationalversammlung

Herr İrfan Rıza Yazıcıoğlu  
Mitglied, Kommission für Gesundheit, Familie, Arbeit und Soziales, Türkische Große Nationalversammlung

Prof. Sabahattin Aydın  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Herr Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Frau Engin Aşula  
Beraterin, Botschaft der Türkei in Dänemark

Frau Sedef Yavuzalp  
Beraterin, Botschaft der Türkei in Dänemark

Dr. Fehmi Aydınli  
Stellvertretender Generaldirektor, Direktorat für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium



Frau Sevim Tezel Aydin  
Leiterin, Abteilung auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Feray Karaman  
Sachverständiger, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsministerium

Frau Makbule Koçak  
Juristische Beraterin, Botschaft der Türkei in Dänemark

Frau Fatma Pihava Ünlü  
Botschaftsrätin, Botschaft der Türkei in Dänemark

## **Turkmenistan**

### *Repräsentant*

Herr Byashim Sopiyevech Sopiyevech  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Medizin

### *Stellvertreter*

Herr Muhamed Obezovich Muhamedov  
Leiter, Staatliches AIDS-Präventionszentrum

## **Ukraine**

### *Repräsentanten*

Herr Yuriy Gaidarov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Ihre Exzellenz Frau Nataliia Zarudna  
Botschafterin der Ukraine in Dänemark

### *Stellvertreterin*

Frau Irina Fedenko  
Leitende Sachverständige, Gesundheitsministerium

## **Ungarn**

### *Repräsentanten*

Dr. Katalin Rapi  
Stellvertretende Staatssekretärin für Gesundheitspolitik, Gesundheitsministerium

Dr. Mihály Kökény  
Vorsitzender, Gesundheitsausschuss, ungarisches Parlament

## Usbekistan

### *Repräsentant*

Dr. Bakhtiyar Ibragimovich Niyazmatov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Dr. Abdunomon Ergashevich Siddikov  
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

### *Repräsentant*

Sir Liam Donaldson  
Chief Medical Officer, Department of Health

### *Stellvertreter*

Dr. David Harper  
Director General of Health Protection and International Health, Department of Health

Herr Nick Boyd  
Head of International Affairs, Department of Health

Dr. Nick Banatvala  
Head, Global Affairs, Department of Health

### *Berater*

Frau Lorna Demming  
Global Business Manager, Department of Health

Herr Ben Green  
Institutional Relations Manager, Department for International Development

## Weißrussland

### *Repräsentant*

Dr. Vasilii Ivanovich Zharko  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Herr Edouard Nikolaevich Glazkov  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

## Zypern

### *Repräsentanten*

Dr. Christodoulos Kaisis  
Leitender Medizinalrat, Abteilung Öffentliche Gesundheit und Ärztliche Betreuung, Gesundheitsministerium

Frau Maria Hadjibalassi  
Leitende Krankenschwester, Schule für Krankenpflege

## II. Beobachter aus Mitgliedstaaten anderer Regionen

### *Japan*

Herr Masaki Okada  
Generaldirektor, Diplomatischer Dienst, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Frau Takako Tsujisaka  
Erste Botschaftsrätin, Ständige Vertretung Japans bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Herr Tatsuya Haruna  
Zweiter Botschaftsrat, Botschaft Japans in Dänemark

## III. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

### *Kanada*

Herr Don MacPhee  
Leitender Berater für globale Gesundheitsfragen, Abteilung für Sicherheit und Menschenrechte, Auswärtige Angelegenheiten und internationaler Handel in Kanada

### *Vereinigte Staaten von Amerika*

Herr David E. Hohman  
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten beim Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

## IV. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten

### *Heiliger Stuhl*

Mgr. Jean-Marie Mpendawatu  
Pontifikalrat, Seelsorgerischer Beistand für Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung

### *Liechtenstein*

Herr Peter Gstöhl  
Direktor, Gesundheitsbehörde

## **V. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen**

### *Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO)*

Frau Katinka de Balogh  
Internationale Koordinatorin, Vogelgrippe, Veterinärdienst

### *Gemeinsames HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen*

Herr Henning Mikkelsen  
Leiter, regionales Team für Europa, Abteilung Unterstützung für Länder und Regionen

### *Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)*

Frau Shahnaz Kianian-Firouzgar  
Stellvertretende Regionaldirektorin, Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa sowie die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten

## **VI. Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**

### *Europäische Kommission*

Dr. Matti Rajala  
Generaldirektion Außenbeziehungen, Delegation der Europäischen Kommission in Genf

Dr. Andrzej Rys  
Direktor, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Frau Nicola Robinson  
Referat Gesundheitsmaßnahmen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

### *Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten*

Frau Zsuzsanna Jakab  
Direktorin

### *Europarat*

Dr. Piotr Mierzewski  
Amtierender Leiter, Gesundheitsabteilung

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

### *Consumers' International*

Frau Barbara Gallani

*FDI World Dental Federation*

Frau Marianne Koch Uhre

*International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders*

Prof. Peter Laurberg

*Internationale Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe*

Frau Christa Nowakiewitsch

*Internationale Diabetes Föderation*

Dr. Michael Hall

*Internationaler Ärztinnenbund*

Dr. Vibeke Jorgensen

*Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Herr Boris Azaïs

Frau Peli Giachni

Herr Jos Nieveen

*Internationaler Verband für Familienplanung*

Frau Vicky Claeys

*Internationale Vereinigung zur Krebsbekämpfung*

Dr. Hans Storm

*International Stroke Society*

Prof. Bo Norrving

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN)*

Frau Judith Oulton

*Weltbund der Organisationen für Gesundheitsregister*

Frau Darley Petersen

*Weltbund zur Verhütung der Blindheit*

Herr Christian Garms

*Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Herr Jacob Hejmdal Gren

Frau Anne-Karina Larsen

Frau Louise Hammer Pettersen

*Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik*

Frau Anne Lexow

*World Heart Federation*

Frau Susanne Volqvartz

### VIII. Beobachter

*Europäische Rheumaliga*

Prof. Anthony D. Woolf

*Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO*

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

*Europäisches Forum der nationalen Apothekerverbände und des WHO-Regionalbüros für Europa*

Herr Henri Lepage

*Europäische Vereinigung der Pflegeverbände*

Herr Paul de Raeve

*European Respiratory Society*

Prof. Leonardo Fabbri

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

Dr. Valery Chernyavskiy

Dr. Dumitru Laticevschi

Dr. Andreas Tamberg

*Royal College of Nursing*

Frau Sylvia Denton

*Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliches Gesundheitswesen in Europa*

Prof. Anders Foldspang

*World Organization for Animal Health*

Dr. Christianne J. M. Brusckhe

*Anhang 4***Ansprache des Regionaldirektors der Europäischen Region der WHO****Einführung**

Königliche Hoheit, Herr Präsident, meine Damen und Herren Delegierten der 56. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedstaaten, anderer Organisationen und des Hauptbüros.

Der Bericht, den ich Ihnen heute Morgen vorlegen werde, umfasst hauptsächlich Ereignisse, die sich seit unserer Tagung in Bukarest im letzten September zugetragen haben. Er dient aber gleichzeitig zur Illustration und Ergänzung des Berichts über den Zeitraum 2004–2005, der Ihnen bereits zugesandt wurde.

Dieses Jahr wurde stark durch den schrecklichen, unerwarteten Verlust geprägt, den der Tod von Dr. Lee für uns bedeutete. Sein Ableben hat der internationalen Gemeinschaft, den Akteuren im Gesundheitswesen, den Mitgliedstaaten der WHO und natürlich der Organisation selbst einen Schock versetzt. Sein Andenken und sein Beitrag sind für lange Zeit in unserer Organisation verwurzelt. Die gegenwärtige Phase bedeutet für uns alle einen Übergang, doch auch Kontinuität.

Unsere Region trauert auch um drei Bedienstete, die bei einem Autounfall in der Türkei ums Leben kamen. Ich möchte an sie hier erinnern, indem ich ihre Namen vorlese: Massimiliano Di Renzi, Anders Truels Nielsen, Orhan Sen.

Lassen Sie uns nun Montenegro als 53. Mitgliedstaat der Europäischen Region der WHO willkommen heißen.

In meinem Bericht in Bukarest hatte ich die Aufmerksamkeit des Regionalkomitees auf die dramatische Lage der Bevölkerung im Kosovo gelenkt, die Bleirückständen ausgesetzt war und unter inakzeptablen und inhumanen gesundheitlichen Bedingungen lebte. In enger Zusammenarbeit mit der Mission der Vereinten Nationen im Kosovo hat das Regionalbüro für Europa seine Fachkompetenz und Mobilisierungskapazität dafür eingesetzt, diese katastrophale Gesundheitssituation zu beenden.

Heute leben 600 Personen, darunter 250 Kinder, unter besseren Bedingungen und kommen in den Genuss medizinischer Nachbetreuung und geeigneter Behandlung. Ich muss an dieser Stelle dem serbischen Gesundheitsminister für seine entschlossene und mutige Unterstützung danken.

Unter den wichtigen Ereignissen des vergangenen Jahres möchte ich auch die enge Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro und den zahlreichen anderen Organisationen hervorheben, mit der den menschlichen Fällen aviärer Influenza insbesondere in Aserbaidschan und in der Türkei begegnet wurde. Beide Male hat eine Kombination aus fachlicher Kompetenz, politisch gewollter Transparenz und internationaler Zusammenarbeit es uns ermöglicht, schnell und wirkungsvoll zu reagieren und positive konkrete Ergebnisse zu erreichen.

Ein weiteres, illustratives Beispiel für die Reaktionsfähigkeit des Regionalbüros ist die im Juli nach Zypern entsandte Mission, die der dortigen Regierung angesichts des Zustroms von Vertriebenen und Flüchtlingen im Gefolge des Nahostkonflikts beistehen sollte. Diese Mission hat zur vorübergehenden Einrichtung eines Büros in Nikosia geführt.

Im Büro selbst haben wir uns weiter auf mehr Transparenz und Kontrolle bei Programmumsetzung, Mittelverwendung, innerer Verwaltung und Berichterstattung an satzungsbestimmten Gremien zu bewegt.

Der Ständige Ausschuss und besonders dessen Vorsitzender, Dr. Gøtrik, haben uns hierin beständig, zuverlässig und wirkungsvoll unterstützt.

Dieses Bemühen um größere Transparenz geht auch aus meinem Bericht 2004–2005 hervor.

### **Zusammenarbeit mit den Ländern der Region und Stärkung der Gesundheitssysteme**

Seit Annahme der Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern im Jahr 2000 hat es kontinuierlich Bemühungen um eine Verbesserung und Konkretisierung der Dienste des Büros für die 53 Mitgliedstaaten der Region gegeben. Seit 2005 wird der Schwerpunkt im Rahmen dieser Strategie auf die Stärkung der Gesundheitssysteme gelegt.

In den 28 Mitgliedstaaten, in denen sich ein Länderbüro der WHO befindet, gab es Fortschritte hinsichtlich einer Ausweitung der Fähigkeiten, der Zuständigkeiten und der Mittel. Heute arbeiten 40% der Bediensteten des Büros vor Ort, was einer Zunahme um 5% im Vergleich zum vorangegangenen Zweijahreszeitraum entspricht. Die Prioritäten dieser Zusammenarbeit werden in zweijährlichen Vereinbarungen mit den Ländern festgelegt und regelmäßig neu bewertet.

Im Zeitraum 2004–2005 ist die Umsetzungsrate der Programmaktivitäten auf 98% gestiegen. Die am häufigsten in den Vereinbarungen angesprochenen Themen sind: übertragbare Krankheiten, Gesundheitssysteme, psychische Gesundheit und Gesundheit von Mutter und Kind. Zu diesem Thema ist anzumerken, wie stimulierend die im vergangenen Jahr angenommene Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in vielen Ländern gewirkt hat.

Vor Ort ist auch die Zusammenarbeit mit den anderen Organisationen am konkretesten. Wir entwickeln momentan eine Strategie zur Stärkung der Partnerschaften durch größere Stimmigkeit der internationalen Zusammenarbeit bei den vorrangigen Programmen der Länder. Unsere wichtigsten Partner vor Ort sind die Weltbank, die Europäische Kommission, zahlreiche bilaterale Entwicklungsagenturen sowie natürlich die Schwesterorganisationen der Vereinten Nationen und die nichtstaatlichen Organisationen.

Wir beginnen jetzt das Konzept der zweijährlichen Vereinbarungen auf Länder im Westen der Region auszudehnen, in denen es noch keine Länderbüros gibt: Dies ist der Fall in Andorra, Belgien, Deutschland und Portugal.

Aufeinander folgende EU-Präsidentschaften haben eine Betonung der Bedeutung nationalen Handelns ermöglicht bei so bedeutsamen Themen der Bevölkerungsgesundheit wie Umwelt und Gesundheit, Patientensicherheit, Chancengleichheit und „Gesundheit in aller Politik“. Einige dieser Themen wurden auch im Rahmen des Zukunftsforums wieder aufgegriffen, das zweimal im Jahr tagt.

An anderer Stelle, im Südosten der Region, ist dieses Jahr mit den gemeinsamen Themen „Investitionen in die Gesundheit“ und „Gesundheitssysteme“ die zweite Phase des Stabilitätspakts eingeleitet worden, der im Jahr 2001 zur Wiederherstellung der Beziehungen der dortigen Länder durch ihre Beteiligung an Programmen für Bevölkerungsgesundheit aufgelegt worden war.

Eines der Themen, das heute von besonderer Bedeutung für die Zusammenarbeit mit den Ländern ist, ist die Stärkung der Gesundheitssysteme. Dieser Bereich ist für die Zukunft der Bevölkerungsgesundheit und damit für das Regionalbüro immer vordringlicher geworden. Während der Tagung in Bukarest wurde ein Plan mit den Verfahren vorgestellt, durch die das Büro die Unterstützung der Länder in diesem Bereich ins Werk setzen würde.

Zum Beispiel war das Regionalbüro mit Themen wie Integration der Dienste, Finanzierung der Gesundheitssysteme, Reform der primären Gesundheitsversorgung und bessere Versorgung in Georgien, Kirgisistan, Usbekistan, der Russischen Föderation und der Türkei beschäftigt.



Neben Interventionen zur Krisenbewältigung selbst hat sich das Regionalbüro in gleicher Weise mit der Vorbereitung der Gesundheitssysteme auf Katastrophen befasst.

Es hat konkrete Programme unterstützt, so die Ausarbeitung und Umsetzung der Gesundheitspolitik in Portugal, die Überprüfung des schweizerischen Gesundheitssystems, die enge Zusammenarbeit mit der OECD, die Organisation von Fortbildungsprogrammen im Bereich Bevölkerungsgesundheit für Gesundheitspersonal in Griechenland, die Ausarbeitung klinischer Leitlinien im Vereinigten Königreich in Zusammenarbeit mit dem National Institute for Clinical Excellence (NICE) und das neue Programm für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in Frankreich.

Als Beispiel für die Vielseitigkeit der Zusammenarbeit möchte ich auch Kirgisistan anführen, wo wir bei der Einrichtung eines Zentrums zur Überwachung der Gesundheitsreform geholfen. Dieser einzigartige Fall könnte vielleicht als Modell auch über den östlichen Teil der Region hinaus dienen.

Gestatten Sie mir eine eher persönliche Bemerkung zum diesjährigen Weltgesundheitstag, der den Gesundheitsberufen gewidmet ist. Aus diesem Anlass werden Probleme in Verbindung mit der Migration von Gesundheitspersonal, der Qualität seiner Ausbildung, seiner geografischen Verteilung und Verfügbarkeit sowie dem vorhergesagten künftigen Bedarfs erörtert werden.

Einer Einladung der Russischen Föderation folgend war ich selbst in der Lage, mir ein Bild von der Hingabe bei Gesundheitspersonal und in der Ausbildung befindlichen Menschen zu machen. Es ist unverzichtbar, dass wir sie unterstützen und die Verbesserung ihrer Lage und Leitung als eine Priorität des Gesundheitssystems betrachten. Themen wie die Migration des Gesundheitspersonals erfordern wirklich internationale Konzepte und hieran ist die WHO selbstverständlich stark beteiligt. Die Arbeit in diesem Bereich hat bereits begonnen und wird auch vorrangiges Thema einer der künftigen EU-Präsidentschaften sein.

Im Rahmen der Vorbereitungen auf die für 2008 vorgesehene Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme wurde bereits eine umfangreiche Konsultation mit den Mitgliedstaaten eingeleitet und es wurden Themen aufgegriffen wie die Finanzierung des Gesundheitssystems, die Organisation und Integration der Dienste, ihre Führung, die Humanressourcen, der Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien.

Diese Themen sind auch bei den Tätigkeiten des Büros in 25 Ländern der Region anzutreffen. Aber auch hier herrscht Diversität. So unterstützt das Büro Armenien, Estland und Kasachstan bei der Einrichtung von Systemen zur Leistungsbewertung, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien und Portugal bei der Erarbeitung ihrer nationalen Gesundheitskonzepte und -programme und wiederum Estland bei der Beantragung von Mitteln aus dem Europäischen Strukturfonds.

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme hat in diesem Jahr zahlreiche Aktivitäten bestimmt, am Mittwochnachmittag ist eine Informationssitzung zu diesem Thema vorgesehen.

## **Übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten**

Am deutlichsten sichtbar wurde die Tätigkeit des Büros im Bereich der übertragbaren Krankheiten zweifelsohne durch den Einsatz gegen die Vogelgrippe in der Türkei und einen Monat darauf in Armenien. Schnell wurde in enger Abstimmung mit dem Hauptbüro eine wirksame und transparente Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern hergestellt. Das Regionalbüro hat gleichzeitig eine beratende Rolle für die Regierungen und eine koordinierende für die internationale Unterstützung übernommen und damit der kommenden Anwendung der neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgegriffen. Diese Erkrankungsfälle von Menschen aus der Europäischen Region haben die Fähigkeit der Region zu einer angemessenen Reaktion auf derartige Gesundheitskrisen befördert. Auf gewisse Weise, so darf man vermuten, haben sie auch die vorbereitende Planung jedes einzelnen Landes der Region beschleunigt. Im Laufe des Jahres und mit aktiver Unterstützung durch Regionalbüro, ECDC und Europäische Kommission sind die Mitgliedstaaten der Region in Luxemburg, in Kopenhagen und in Uppsala zusammengelassen. Die

Europäische Region gilt heute als relativ gut auf eine eventuelle Pandemie vorbereitet. Allerdings müssen die Vorbereitungen fortgesetzt und die nationalen Pläne besser erprobt werden. Dies wird eine der Prioritäten der kommenden Monate sein. Eine Informationssitzung zum Thema ist für morgen Abend vorgesehen.

Was Aids betrifft, ist die Lage in der Region weiterhin Besorgnis erregend, wobei es Fortschritte, doch auch einigen Grund zur Beunruhigung gibt. Der Zugang zu geeigneten Behandlungsmethoden hat sich deutlich verbessert. Im Laufe von zwei Jahren haben 120 000 Patienten zusätzlich von einer angemessenen Behandlung profitieren können. In unserer Region werden mittlerweile 70% der bedürftigen Patienten mit dieser Behandlung versorgt. Allerdings muss noch ein wichtiges Stück Arbeit erledigt werden, bevor das Ziel der universellen Versorgung bis 2010 erreicht ist. Als beunruhigend ist hervorzuheben, dass die Fallzahlen und die von der Epidemie belasteten Länder zugenommen haben. Nach Schätzung von UNAIDS und WHO sind 2,3 Mio. Menschen in der Europäischen Region mit HIV infiziert und jedes Jahr kommen 250 000 neue Fälle hinzu. Im Jahr 2005 haben über 30 Länder der Region eine Zunahme der Fallzahlen gemeldet. Heute sind die Aufrechterhaltung der Bemühungen für die Behandlung und gleichzeitig verstärkte Anstrengungen zur Prävention unerlässlich. Um besser auf diese Lage reagieren zu können, hat das Büro die Zahl der Sachverständigen vor Ort in den zwölf besonders stark betroffenen Ländern erhöht. Zurzeit sind 40 Personen in diesen Einsatzteams beschäftigt. All diese Tätigkeiten erfolgen natürlich in enger Abstimmung mit UNAIDS und den übrigen beteiligten Organisationen. Ich lade Sie auch zur Teilnahme an der Informationssitzung zu diesem Thema ein.

In Bukarest habe ich die Aufmerksamkeit des Regionalkomitees auf die sehr Besorgnis erregende Entwicklung der Tuberkulose in der Region gelenkt. Trotz aller Bemühungen gibt es noch kein Anzeichen für Fortschritte. Dafür wäre ein stärkeres politisches Engagement nicht nur in den 25 betroffenen Ländern, sondern auch in der Region insgesamt erforderlich. Es ist doch zumindest überraschend, dass wir heute in der Region noch das gleiche Niveau an Tuberkulosefällen aufweisen wie in den 70er Jahren, also vor mehr als 30 Jahren.

Wie Sie wissen, ist auf Ebene der Europäischen Region eine Impfstrategie angenommen worden und ich habe sie bereits über die Durchführung der ersten Europäischen Impfwoche informiert, die im Oktober 2005 stattfand. Die Auswertung der Erfahrungen zeigt deutlich, dass die Eltern hierdurch stimuliert wurden, aber auch, dass der Solidaritätsaspekt des Themas ins Bewusstsein vordrang. Zehn Länder haben sich sehr aktiv an der Veranstaltung beteiligt, die wir natürlich auch in den kommenden Jahren durchführen werden.

Wie Sie ebenfalls wissen, ist eines der wichtigen Themen dieses Regionalkomitees, das heute Nachmittag erörtert werden wird, die Strategie zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten, darin einbegriffen der Bereich psychische Gesundheit. Diese Strategie wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren erarbeitet, in dem eine tiefgehende Konsultation mit den Mitgliedstaaten, Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen und, nicht zu vergessen, zahlreichen Sachverständigen stattfand. Aus diesem Grund möchte ich jetzt nicht lange bei diesem Punkt verweilen. Lassen Sie mich jedoch kurz den Bereich Tabak erwähnen, in dem die Region in zweierlei Hinsicht große Fortschritte erzielt hat: Durch das vollkommene Werbeverbot in 45 Ländern und durch das Verbot des Rauchens an öffentlichen Plätzen in einigen Ländern wurde zweifellos ein Beispiel gesetzt, dem andere folgen werden. 14 der 53 Mitgliedstaaten der Region haben das Übereinkommen noch nicht ratifiziert. Auch wenn dieses Ergebnis an sich bereits gut ist, möchte ich doch die verbleibenden Länder zur Ratifikation ermutigen.

Zum Schluss noch ein für die Region und das Regionalbüro sehr wichtiges Thema: Ernährung. Intensiv wurde diese Konferenz vorbereitet, die im November in Istanbul zum Thema „Bekämpfung der Adipositas“ veranstaltet wird. Wie die vorangegangenen Ministerkonferenzen so wird auch diese gemeinsam mit der Europäischen Kommission durchgeführt. Eine umfangreiche Konsultation mit den Mitgliedstaaten und den nichtstaatlichen Organisationen ist noch im Gange. Zahlreiche kompetente Sachverständige arbeiten außerdem bei der Vorbereitung dieses Ereignisses mit. Ziel der Konferenz ist es, Empfehlungen für Grundsatzmaßnahmen zur Verringerung des Ausmaßes der Adipositas abzugeben. Der Gesundheitssektor

ist für diesen Bereich bei weitem nicht allein zuständig, daher ist die Mobilisierung anderer Sektoren unabdingbar. Eine Informationssitzung zum Thema ist ebenfalls für Donnerstagmorgen vorgesehen.

## **Umwelt und Gesundheit**

Seit der Konferenz zu Umwelt und Gesundheit in Budapest sind zwei Jahre verstrichen. Die Tragweite der Arbeit und der Ergebnisse dieser Konferenz hat für das Büro auch eine Konzentration auf die Umsetzung der Konferenzempfehlungen bedeutet, wie sie in der Erklärung und dem Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region zum Ausdruck kommen.

In acht Ländern (Bulgarien, Estland, Kirgisistan, Litauen, Malta, Serben, Slowakei und Zypern) hat sich das Regionalbüro gemeinsam mit den Regierungen daran gesetzt, mittelfristig sämtliche Verpflichtungen aus Budapest in Handlung umzusetzen.

Neben diesem Ansatz steht die jährliche Themenauswahl des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit, mit der dieser in der gesamten Region eine Mobilisierung erzielen will. Nach der Luftverschmutzung geht es in diesem Jahr dabei einerseits um Gewalt und Unfälle und andererseits um Chemieprodukte.

Ein wichtiges Datum für die Weiterverfolgung der Budapester Konferenz liegt im Juni 2007, wenn eine Halbzeitbilanz gezogen und auf einer Tagung in Österreich vorgestellt wird.

Einzelheiten zu dem in diesem Jahr sehr aktiven Programm wird Ihnen der Vorsitzende des Ausschusses, Professor Dab, geben.

Wenngleich der Schwerpunkt der Arbeit im Umweltbereich auf der Budapester Konferenz lag, so gab es doch auch Einzelmaßnahmen und zwar insbesondere zur Krisenbewältigung nach Extremwetter, Hitzewellen, Überschwemmungen, die eindeutig mit dem Klimawandel zusammenhängen.

## **Erzeugung von Informationen**

Seit dem Jahr 2000 bemüht sich das Regionalbüro kontinuierlich um ein Angebot zielgerichteter und bedarfsgerechter Informationen für Entscheidungsträger. Diese Arbeit wird von allen Fachreferaten getragen und deren Fähigkeit zur Vermittlung von Informationen hat sich in den zurückliegenden Jahren auch erheblich gesteigert. An der Schaltstelle der Informationsvermittlung verlaufen die Aktivitäten des HEN-Programms und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, das neben seiner eigenen Arbeit dieses Jahr auf Bitten der Länder auch Tagungen in diesen durchgeführt hat, bei denen auf innovative Weise Akteure aus den prioritären Bereichen zusammengebracht wurden.

Daneben hat uns eine Analyse der Nachfrage nach Informationsprodukten des Regionalbüros zu einer kritischen Überprüfung unserer Produkte veranlasst und zu der Erkenntnis geführt, dass eine leichtere Zugänglichkeit bei Wahrung des fachlichen und wissenschaftlichen Niveaus erforderlich ist.

Abschließend möchte ich anmerken, dass das Regionalbüro deutlich häufiger in den wissenschaftlichen Zeitschriften (über 100 Veröffentlichungen) und Massenmedien vertreten ist.

## **Verwaltung und Führung**

Die Erörterung des Programmhaushaltsentwurf wird uns noch Gelegenheit geben, auf das Thema der Verwaltung des Büros und der in diesem Jahr entwickelten Instrumente für mehr Transparenz und die Ausarbeitung des Haushalts 2008–2009 zurückzukommen.

Ich möchte hier lediglich eine neue Initiative erwähnen, die erst kürzlich begonnen wurde und in den kommenden Jahren Früchte tragen wird. Dies ist ein Handlungsplan zur Verbesserung der Personalführung mit Hinblick auf die Förderung eines stimulierenden Arbeitsmilieus, das eine ständige Anpassung der im Büro vorhandenen Qualifikationen gemäß den Bedürfnissen der Länder ermöglicht.

Dadurch erhalte ich auch die Gelegenheit in Ihrem Beisein und gewiss in unser aller Namen den Bediensteten des Regionalbüros für die Qualität ihrer Arbeit, für ihre Hingabe und ihr Können zu danken. Ich bin dessen täglich Zeuge und weiß, dass Sie es auf Ebene der Länder ebenfalls sind.

Zum Ende kommend möchte ich noch auf die Neuerung hinweisen, dass der Generaldirektor, wie Ihnen bereits bekannt sein dürfte, auf meinen Vorschlag hin Frau Dr. Nata Menabde zur Stellvertretenden Regionaldirektorin ernannt hat.

### **Schlussbemerkung**

In dieser unvermeidlich selektiven Auswahl habe ich über die hervorstechendsten und aktuellsten Aspekte der Arbeit des Regionalbüros berichtet. Der gedruckte Bericht ist selbstverständlich ausführlicher.

Ich habe bereits einige Sitzungen dieses Regionalkomitees erwähnt. Ich möchte Sie allerdings noch auf die Wichtigkeit des Themas hinweisen, dessen wir uns morgen annehmen werden: der Zukunft des Regionalbüros. Im Lauf der diesem Thema gewidmeten Sitzung werden wir die Gelegenheit haben, die Partnerschaft mit anderen Organisationen und insbesondere mit der Europäischen Union zu erörtern; daher habe ich diesem Punkt in meinem Vortrag kein eigenes Kapitel gewidmet. Aber wie Sie sicherlich bemerkt haben, habe ich mich vielfach darauf bezogen, denn handelt es sich hier um eine entscheidende Richtung für die Arbeit des gesamten Büros.

Dennoch möchte ich auch noch einmal daran erinnern, dass der Auftrag des Büros im Dienst an allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region besteht.

Ich hoffe, dass dieses Regionalkomitee neben der Erfüllung der satzungsgemäßen Funktion auch der Bevölkerungsgesundheit in der gesamten Region und in jedem einzelnen Land dienen wird.

*Anhang 5***Ansprache des amtierenden WHO-Generaldirektors**

Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Ministerinnen und Minister,  
werte Delegierte,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Es ist mir eine große Freude, hiermit zum vierten Mal an einer Tagung eines Regionalkomitees teilzunehmen. Es ist auch ein Vergnügen, in zentralen Aufgabenbereichen der WHO ein solches Ausmaß an Entschlossenheit, Relevanz und Engagement zu erleben. Ich werde auf die sechs Kernbereiche noch zurückkommen. Heute wird der Ruf nach Führerschaft und Koordination sowohl durch die WHO allgemein als auch durch konkrete Bereiche lauter.

Gestern sprach ich von der Notwendigkeit, der Forschung ein schärferes Profil zu geben. Die WHO selbst führt keine Forschung durch, wir spielen nur bei der Informationsgewinnung und der Beeinflussung der Forschungsagenda eine wichtige Rolle. Wir müssen auch weiter für die entscheidenden Normen und Standards sorgen. Wir müssen auch Grundsatzoptionen anbieten, insbesondere für eine größere Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme.

Die fünfte zentrale Funktion, die in der fachlichen Unterstützung des nationalen Kapazitätenaufbaus liegt, erlangt dann ihre Bedeutung, wenn es uns gelingt, das Anliegen von Initiativen wie der für sichere Schwangerschaften im nationalen Zusammenhang in die Praxis zu überführen.

Die sechste zentrale Funktion betrifft das Monitoring und die Surveillance. Die Fähigkeit der WHO zur Bereitstellung vollständiger und hochwertiger Daten ist von entscheidender Bedeutung.

Der Vortrag des Regionaldirektors zu den Fortschritten in der Region ist mir leider entgangen. Doch habe ich seinen Bericht gelesen, dessen Klarheit und eindeutige Konzentration auf die Länder ich schätze.

Drei Themen möchte ich hieraus hervorheben. Das erste ist die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Wir brauchen hier eine ausgewogene Herangehensweise. Wir müssen uns einerseits weiter auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten konzentrieren und die auf Poliomyelitis gerichtete Arbeit zu Ende führen, doch müssen wir andererseits auch die zugrunde liegenden Ursachen nichtübertragbarer und chronischer Krankheiten in Angriff nehmen. Die Strategie der Europäischen Region wird hier sehr wichtig sein. Deren besondere Betonung der Adipositas ist auch für die übrige Welt von Interesse.

Die gestrige Erörterung des Themas Gesundheitssicherheit wird auch in den nächstes Jahr erscheinenden Weltgesundheitsbericht zum Thema Gesundheit und Sicherheit einfließen – das Thema wird auch Motto des Weltgesundheitstags sein.

Das dritte Thema, welches ich hervorheben möchte, ist die Gesundheitsfinanzierung. Die in dieser Region erzielten Fortschritte und gemachten Erfahrungen können ebenfalls global genutzt werden.

An diesen Themen verdeutlicht sich, wie wir in der gesamten Organisation, in Genf, in den Regional- und Länderbüros ebenso wie in den Mitgliedstaaten und dem Sekretariat zusammenarbeiten müssen. Ihre Erörterungen zur künftigen Rolle des Regionalbüros werden ein Beitrag zu dieser Partnerausrichtung und gegenseitigen Ergänzung sein und dafür sorgen, dass der globale Rahmen in den Zusammenhang der Region und der Länder gestellt wird.

Gestern haben wir den Mittelfristigen Strategieplan für 2008 bis 2013 und den Programmhaushaltsentwurf für 2008 bis 2009 erörtert. Ich weiß diese Debatte und Ihre Anmerkungen zu schätzen. Wir werden

das Dokument nach Abschluss der Tagungen der Regionalkomitees überarbeiten und es dann dem Exekutivrat vorlegen. Ich möchte Ihnen nahe legen, diesmal an der Tagung des Exekutivrats teilzunehmen, falls Sie das normalerweise nicht tun. Sie wird von entscheidender Bedeutung sein. Das überarbeitete Dokument wird zu diesem Zeitpunkt vorliegen.

Der Anstieg des Haushaltsvolumens ist eine direkte Folge erhöhter Erwartungen und Forderungen der Mitgliedstaaten. Damit werden zentrale Bedarfsbereiche gezielt angegangen: Das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele zur Gesundheit von Mutter und Kind, eine stärkere Konzentration auf nichtübertragbare Krankheiten, eine nachhaltige Gesundheitsentwicklung durch ein größeres Augenmerk auf die Gesundheitsdeterminanten, die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und die Stärkung der Gesundheitssysteme.

Zur Finanzierung dieser Pläne sieht der Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 Ausgaben in Höhe von 4,2 Mrd. US-\$ vor. Dieses sehr ehrgeizige Vorhaben bedeutet für uns alle, wie die Debatte gestern zeigte, eine große Herausforderung. Um noch einmal zu wiederholen, was gestern gesagt und erörtert wurde – die vorgeschlagene Finanzierung des Programmhaushalts sieht vor: einen Anstieg der ordentlichen Beiträge der Mitgliedstaaten um 8,6% auf 1 Mrd. US-\$, die Einführung ausgehandelter freiwilliger Beiträge in Höhe von 600 Mio. US-\$ und eine Restfinanzierung durch konkrete freiwillige Beiträge.

Trotz des absoluten Anstiegs wird der prozentuale Anteil der ordentlichen Beiträge damit weiter absinken (auf 23%). Das ist bedauerlich. Wir hoffen jedoch, dass die Einführung ausgehandelter freiwilliger Kernbeiträge zu einem besseren Abgleich und zu verringerten Transaktionskosten führen wird.

Der vorgeschlagene Gesamtanstieg beträgt für die Europäische Region gegenüber dem aktuellen Zweijahreszeitraum ca. 36%. In absoluten Zahlen steigt das Volumen damit um 72 Mio. US-\$ auf 273 Mio. US-\$.

Aus Allgemeinem Arbeitsprogramm, Programmhaushaltsentwurf und Mittelfristigem Strategieplan ergeben sich fünf zentrale Arbeitsbereiche.

Erstens muss die allgemeine Versorgung erhöht und die gesundheitliche Grundversorgung der Menschen unter dem Aspekt der Chancengleichheit ausgeweitet werden.

An zweiter Stelle folgt der Aspekt der Gesundheitssicherheit, der mit der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften immer deutlicher zu erkennen ist. Heute spielt die WHO als führende Organisation im Bereich Gesundheit eine andere und viel stärkere Rolle bei Sicherheitsthemen und humanitären Fragen. Ich werde schon bald mit Jan Egelund in Genf zusammentreffen und mit ihm darüber reden, wie wir die Zusammenarbeit zwischen der WHO und dem Amt für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten (OCHA) weiter verbessern können.

Der dritte Zukunftsaspekt betrifft die Gesundheitsdeterminanten. Dieser wird an Bedeutung zunehmen. Wir sehen dem Jahr 2008 und dem Bericht des Ausschusses zu den gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit erwartungsvoll entgegen. Vor einem Monat traf ich mit dem Vorsitzenden Michael Marmot zusammen und erörterte, wie die Arbeit der WHO besser das Wissen darüber widerspiegeln kann, was in Bezug auf die Gesundheit wirklich etwas bewegt.

Der vierte Bereich erhöhten Interesses betrifft die Gesundheitssysteme und der fünfte die Führungsrolle der WHO auf globaler und regionaler Ebene zur Unterstützung der Regierungsarbeit in den Ländern.

Die gesamte Organisation ist ausgiebig konsultiert worden in Bezug auf den Inhalt der beschlossenen Resolutionen, die Beiträge der Länderstrategien und der konkreten Strategien zu den Themen Impfung, Tuberkulose usw. All dies wurde zusammengebracht, damit die weitere Marschrichtung klarer erkennbar wurde.

Lassen Sie mich nunmehr fünf sehr konkreten Bereichen zuwenden.

Erst einige Anmerkungen zu den nichtübertragbaren Krankheiten. Ihre Strategie unter dem Motto „Zugewinn an Gesundheit“ beschreibt deutlich, welche Planung erforderlich ist, damit einige der wichtigsten Ursachen für nichtübertragbare Krankheiten zu bewältigen sind. Die Ministerkonferenz in Istanbul gegen Adipositas wird hierfür sehr wichtig sein und einen signifikanten Beitrag zu dem liefern, was wir in Bezug auf die chronischen nichtübertragbaren Krankheiten tun müssen. Die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit ist ebenfalls wichtig, wir müssen sie jetzt in die Praxis übertragen und dabei darauf achten, was wir als Mitgliedstaaten und als Sekretariat tun können, welche Partner wir einbeziehen müssen, wenn wir wirklich etwas bewegen wollen. Die Adipositas-Epidemie breitet sich mit rasanter Geschwindigkeit aus. Eine Reihe von Veränderungen müssen bei staatlichen Maßnahmen, Praktiken der Privatwirtschaft und Gewohnheiten der Verbraucher vorgenommen werden. Hier kann und soll die WHO eine wichtige Rolle spielen.

Wir müssen über das Offensichtliche hinausgehen und uns die zugrunde liegenden Ursachen schlechter Gesundheit anschauen. Welche Determinanten beziehen sich auf die Ausbildung von Frauen, auf die Befähigung von Frauen zum selbst bestimmten Handeln und auf die Umwelt? Was passiert in Bezug auf die Luftverschmutzung? Es gibt eine Reihe grundlegender Gesundheitsdeterminanten, die wir angehen müssen. Das muss nicht viel kosten. Grundsatzentscheidungen in anderen Bereichen als dem Gesundheitssektor können sich stark auf die Gesundheit auswirken. Dies ist eine Frage des richtigen Zugangs und Einflusses auf die Minister, damit z. B. Entscheidungen über den Bau von Straßen auch den Aspekt der Bevölkerungsgesundheit berücksichtigen und so z. B. Mütter bei der Geburt vor einem Tod aufgrund fehlenden Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen retten können.

Ich selbst war Teil der schwedischen Regierung, als ein schwedischer Parlamentsausschuss sich mit Themen der Bevölkerungsgesundheit im weiteren Sinne und den durch verschiedene Sektoren zu ergreifenden Maßnahmen befasste. Wie wird das jetzt in die Tat umgesetzt? Können wir eine Wirkung für die Gesundheit erkennen? So lautet ist die große Herausforderung. Manches ist leicht gesagt, doch viel schwerer getan.

Hier muss die WHO mit Ihnen zusammenarbeiten, Erfahrungen sammeln und die richtigen Modalitäten finden. Dies ist ein wichtiges Thema für die Gesundheitssysteme.

Länder aus der Europäischen Region sind weiterhin weltweit führend bei Forschung und Maßnahmen zur gesundheitlichen Chancengleichheit und den gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit. Die im November kommende Londoner Tagung zu diesen Themen wird für deren weitere Erkundung von Bedeutung sein.

Ein konkreter Aspekt in diesem Zusammenhang ist der Tabak und die Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Bislang sind 136 Länder und die Europäische Kommission zu Vertragsparteien des Übereinkommens geworden. Allerdings haben 14 Mitgliedstaaten dieser Region das Übereinkommen noch nicht ratifiziert, angenommen, gebilligt bzw. sind ihm beigetreten. Ich bitte sie eindringlich, dies so früh wie möglich zu tun. Die WHO ist sehr daran interessiert mit allen Ländern zusammenzuarbeiten, sowohl mit den Vertragsparteien als auch mit den übrigen.

Tabakgebrauch ist für uns ein entscheidender Risikofaktor, wenn wir etwas für die Gesundheit erreichen wollen. Und er lässt sich sehr einfach verändern. Man muss nur aufhören zu rauchen. Leicht gesagt, schwer getan.

Wir sehen auch einige wichtige Fortschritte in Bezug auf die Gesundheit von Kindern in der ganzen Welt und in dieser Region. Es muss aber noch mehr getan werden. Die WHO spielt eine aktive Rolle in der Partnerschaft für die Gesundheit von Mutter, Neugeborenem und Kind.

Impfung ist ein entscheidender Teil unserer Arbeit und eines unserer erfolgreichsten Instrumente. Wir haben hier das Engagement Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark bezeugt und heißen es aufrichtig willkommen. Doch obwohl wir seit Alma Ata am ImpftHEMA arbeiten, gibt es immer noch zwei bis drei Millionen Kinder, die nicht geimpft sind und die wir nicht erreichen.

In St. Petersburg habe ich bei einer Rede vor den Staats- und Regierungschefs der G8 einen Vergleich zwischen einem handelsüblichen Cola-Getränk und einem Polio-Impfstoff angestellt, um die Problematik der Zugänglichkeit zu verdeutlichen. Das erstgenannte Produkt ist in jedem Dorf zu haben. Das andere nicht. Was stimmt hier nicht? Wir könnten Leben für einen Bruchteil des Preises eines Softdrinks retten. Wir müssen neu darüber nachdenken, wie wir hier ebenso effizient die gleiche Reichweite erzielen. Wir müssen dabei unsere Gesundheitssysteme und die gesamte Logistik überdenken und von denen lernen, die effizienter als wir das globale Kollektivgut Impfgut ausbreiten.

Diese Region hat enorme Fortschritte erzielt und doch bleibt noch viel zu tun. Wir wissen die Partnerschaft mit der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) zu schätzen. Alle elf Länder, die für eine Unterstützung durch GAVI in Frage kommen, ist es jetzt gelungen, einen Hepatitis-B-Impfstoff einzuführen. Insgesamt sind hierfür ca. 12 Mio. US-\$ bewilligt worden.

Lassen Sie mich jetzt einem Bereich zuwenden, der für mich, für die WHO und auch ganz konkret für diese Region von großem Interesse und enormer Bedeutung ist, der Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Es muss hier noch viel mehr getan werden, insbesondere gegen die der Müttersterblichkeit zugrunde liegenden Probleme. Wir haben global einige Fortschritte in Bezug auf die Gesundheit der Kinder gesehen. Die Säuglingssterblichkeit und die Mortalität der Kinder unter fünf Jahren sind in den letzten 10, 20 und 30 Jahren zurückgegangen. Die Müttersterblichkeit hat sich dagegen noch nicht wirklich verändert. Viele Länder dieser Region haben zwar gute Fortschritte erzielt, doch ist noch viel zu tun.

Die WHO-Leitungsgremien haben eine Reihe von Strategien gebilligt, die für ein weiteres Voranbringen unseres Anliegens wichtig sind. Wir haben eine Strategie zu den sexuell übertragbaren Infektionen, eine Strategie zur reproduktiven Gesundheit, eine Strategie zur Familiengesundheit und jetzt auch eine neue Strategie zu HIV/Aids. All diese Strategien müssen jetzt vor Ort in die Praxis umgesetzt werden. Und wir müssen uns noch mehr um auf junge Menschen konzentrieren.

Die im letzten Jahr angenommene Europäische Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird für diese Region einen wichtigen Rahmen abgeben. Ich habe dies in den Monaten, in denen ich dieses Amt bekleide, als meine persönliche Verpflichtung angesehen. Eine meiner ersten Zusammenkünfte fand mit der Exekutivdirektorin des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), Thoraya Obaid, statt. Wir haben eine fruchtbare Bestandsaufnahme dessen gemacht, was unsere Organisationen jeweils machen. Dieser Prozess begann bereits vor einigen Jahren. Wir sind darum bemüht, die Konzentration auf die Länder und die Komplementarität vor Ort zu erhöhen. Wir haben in einem gemeinsamen Schreiben unterstrichen, dass wir unterschiedliche Aufträge auf unterschiedlichen Wegen verfolgen. Jetzt sind wir dabei, bestimmte Entscheidungen unserer Leitungsgremien umzusetzen. Die Zusammenarbeit ist für die konkreten Maßnahmen in den Ländern entscheidend.

Neulich nahm ich an der XVI. internationalen Aids-Konferenz in Toronto teil. Die Konferenz stand unter dem Motto „Time to deliver“ [dt.: Zeit für Leistungen] Eines der zentralen Ergebnisse der Konferenz ließe sich etwa zusammenfassen als: Nicht reden, handeln. Den Bedenken einiger Menschen gegen große Konferenzen zum Trotz möchte ich sagen, dass diese Konferenz nicht der Abfassung einer Erklärung diene, sondern konkreter Arbeit gewidmet war. Ich bereue nicht, dass 100 von unseren Leuten daran teilnahmen. Wir mussten auf diese Bühne zurückkehren, damit wir unsere Arbeit tun können. Wir haben viel Nutzen daraus gezogen, dass wir den anderen zuhören und dadurch die Arbeit weiter voranbringen konnten. Ich bin sehr froh über die neue auf fünf Jahre angelegte Strategie der WHO, durch die gesichert ist, dass wir als Partner und Mitträger zum gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) wirksam beisteuern.

Dank Dr. Jong-Wook Lee und seiner „3 bis 5“-Initiative haben wir es in den vergangenen Jahren geschafft, das Thema Behandlung auf die Tagesordnung zu setzen. Als er seine Initiative ankündigte, hatte niemand an deren Durchführbarkeit geglaubt, aber er hat bewiesen, dass Veränderung möglich ist. Wir haben nicht das Ziel von 3 Mio. zusätzlich behandelten Menschen erreicht, aber zum Zeitpunkt der Aids-Konferenz in Toronto lag die Zahl immerhin bei 1,65 Mio. und die Zahlen allein für Afrika sind um das Zehnfache, nämlich von 100 000 auf 1 Mio., gestiegen. Wir haben so etwas noch bei keiner Krankheit



zuvor erlebt – und all das in rund zwei Jahren. Das war ein enormer Fortschritt. Wir sollten anerkennen, was der Generaldirektor hierdurch erreichte.

Wir müssen jetzt bei HIV/Aids in ausgewogener Weise voranschreiten und dabei sicherstellen, dass wir auch die Verhaltensaspekte einbeziehen, dass wir neue Chancen der Prävention aufgreifen und dass wir die Behandlung fortsetzen.

Auf der Konferenz sprach ich von den drei M als unseren zentralen Handlungsfeldern: Mittelbeschaffung, Medikamentenversorgung und Mitarbeitermotivierung.

Wir haben eine Zunahme der finanziellen Mittel erlebt. Dennoch wird noch mehr benötigt. Die Gesamtmaßnahmen werden in diesem Zweijahreszeitraum Kosten in der Größenordnung von 8 bis 10 Mrd. US-\$ mit sich bringen.

Auch der Zugang zu den Arzneimitteln ist stark verbessert worden. Die Preise wurden gesenkt und neue Produkte stehen zur Verfügung. Neulich nahm ich an einer Konferenz unter Beteiligung des VN-Generalsekretärs und einiger Geschäftsführer der weltweit größten Pharmakonzerne teil, die sich mit der Initiative des Generalsekretärs für einen beschleunigten Zugang zu Medikamenten (Accelerating Access Initiative) beschäftigte. Es sind wichtige Verbesserungen erreicht worden, sowohl was die Preise als auch neue kindgerechte Rezepturen betrifft, die in erster Linie auf Entwicklungsländer zielen. Dennoch muss noch viel mehr getan werden, um die Preise für kindgerechte Rezepturen im Rahmen von Zweitbehandlungen zu senken. Dennoch befinden wir uns jetzt in einer ganz anderen Lage im Vergleich zu vor fünf Jahren, als der Generalsekretär diese Diskussion initiierte.

Doch keine dieser beiden Entwicklungen wird mehr als kurzfristigen Nutzen bringen, wenn nicht die auf längere Sicht angelegte Entwicklung eines wirksamen Gesundheitssystems und des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen in Angriff genommen werden. Es ist allgemein anerkannt, dass hier der wichtigste Engpass liegt. Auf der Konferenz in Toronto lancierte die WHO eine Initiative für die Behandlung, Ausbildung und Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die mit HIV leben. Diese kommt zu den breiteren weltweiten Bemühungen der Global Health Workforce Alliance [dt.: Globale Allianz für Gesundheitspersonal] hinzu.

Die Arbeit im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Epidemie hat uns auch die Augen dafür geöffnet, und zwar aus fachlicher wie aus politischer Sicht, dass Themen wie Motivation, Anreize, Gehälter und Strukturen im Gesundheitssektor sowohl bei öffentlichen als auch bei privaten Einrichtungen angegangen werden müssen. Heute arbeiten Menschen als Taxifahrer, die als Krankenpfleger gebraucht würden. Wir müssen die strukturellen Probleme bei der Reform des öffentlichen Gesundheitswesens verstehen – doch dies ist nicht die Aufgabe der WHO, sondern die der Regierungen und der Finanzministerien.

Die Motivierung des Gesundheitspersonals erfordert mehr als nur Ausbildung. Das war lange unser Lösungsansatz. Wir müssen aber über die Ausbildung hinausgehen. Wir müssen die grundlegenden Probleme angehen. Mitarbeiter des Gesundheitswesens wandern aufgrund niedriger Gehälter und schlechter Arbeitsbedingungen ab. Manche sind dazu gezwungen andere Arbeiten zu übernehmen, sei es im eigenen Land oder irgendwo anders in der Welt. Gesundheitsberufe waren das Thema sowohl des Weltgesundheitstags als auch des Weltgesundheitsberichts, damit diese Problematik deutlich wurde. Im Weltgesundheitsbericht werden im Rahmen eines Zehnjahresplans direkte Maßnahmen in den Ländern angeregt.

Die Arbeit mit HIV/Aids und die Anerkennung der Bedrohung für die menschliche Gesundheit durch neu auftretende Krankheiten haben in vielen Bereichen Maßnahmen hervorgerufen, die nicht in erster Linie als Priorität für die Bevölkerungsgesundheit angesehen werden.

Lassen Sie mich daher jetzt der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und dem Thema Vogelgrippe zuwenden. Diejenigen unter Ihnen, die an den sorgfältigen Verhandlungen bei der Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften beteiligt waren, wissen, wie sehr dieses Instrument von den Mitgliedstaaten geschätzt wird.

Dabei geht es natürlich nicht nur um die Bekämpfung der Vogelgrippe oder um eine eng verstandene Krankheitsbekämpfung, sondern auch um den Aufbau robuster Überwachungs- und Reaktionssysteme in den Ländern. Es geht auch um Transparenz, Kommunikation mit der ganzen Welt und ein globales Vorgehen bei der Bewältigung der zentralen Herausforderungen.

In Bezug auf die Vogelgrippe und das Risiko einer Grippepandemie unter Menschen besteht die Gefahr fort. Bis heute haben über 50 Länder in Mittel- und Südasien, Europa, Afrika und im Nahen Osten Ausbrüche unter Vögeln gemeldet. Menschliche Fälle wurden aus zehn Ländern gemeldet, hiervon zwei aus dieser Region. Bis zum 8. September wurden 244 Fälle und 143 Todesfälle bestätigt.

Information und Kommunikation sind zentral für das richtige Verständnis davon, wie man sich selbst schützen kann und was man unternehmen muss. So ist es zum Beispiel sicher, gekochtes Huhn zu essen. Aber es ist nicht sicher, mit toten Vögeln auf bestimmte Art und Weise zu verfahren, und diese Botschaft muss verstanden werden. Es ermutigt mich zu sehen, dass in fast allen Ländern Bereitschaftspläne vorliegen, und ich hoffe, dass diese breit genug für einen Ausbau der Gesundheits- und Überwachungssysteme angelegt sind. Es ist wichtig sie jetzt zu überprüfen, sodass sie voll funktionsfähig werden.

Die Kapazitäten der Hersteller antiviraler Arzneimittel sind erheblich ausgeweitet worden. Neue Lizenzen wurden vergeben und die Fähigkeit zur Herstellung nimmt in einigen der Entwicklungsländer zu. Wir sehen auch auf dem Gebiet der Impfstoffentwicklung einige Fortschritte. Die Frage der Kapazitäten ist schwieriger, aber auch hier gibt es Bewegung. Wir konzentrieren uns jetzt auf den Kapazitätsaufbau in den Entwicklungsländern. Einige klinische Studien haben in jüngerer Zeit zu viel versprechenden Ergebnissen geführt.

Lassen Sie uns auch kurz auf andere wichtige Bereiche unserer Arbeit zu sprechen kommen.

Zunächst möchte ich gerne einige Worte über Tuberkulose (Tb) sagen. Diese Region weist eine der höchsten Raten der multiresistenten Tb auf. Wir haben viel daraus gelernt, wie Sie es schafften, diese Aufgabe zu bewältigen. Dies ist immer noch eine ernste Bedrohung für die Gesundheit einzelner Menschen und ganzer Bevölkerungen, insbesondere in Ländern mit hohen HIV/Aids-Raten. Das für das kommende Jahr geplante Ministerforum ist daher sehr wichtig und ich möchte alle dazu auffordern, sich hieran zu beteiligen. Dies ist nicht nur wichtig für die Entwicklungsländer und von HIV/Aids betroffenen Länder, sondern für alle Länder der Region.

Auch im Bereich von Malaria gibt es noch einige wichtige Herausforderungen für die Region. Gleichzeitig erleben wir jedoch wichtige und beeindruckende Fortschritte. Ich gratuliere allen Ländern, in denen die Malaria endemisch ist, zu dem Rückgang der Fälle im Vergleich zu 2000.

Was die Ausrottung der Poliomyelitis betrifft, so ist Polio weltweit nur noch in vier Ländern endemisch: Nigeria, Afghanistan, Indien und Pakistan. Unser Bemühen, die Kinder in all diesen Ländern zu erreichen, wird fortgesetzt. Bis zur Ausrottung der Polio besteht für Kinder auf der ganzen Welt noch ein Risiko. Der Erfolg der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung hängt jetzt von dem politischen Willen und einer starken Entschlossenheit zum Schließen der Finanzierungslücken ab. Ich möchte insbesondere der Führung der Russischen Föderation zur Zusage weiterer 10 Mio. US-\$ für die Unterstützung der Polio-Ausrottung gratulieren. Es ist entscheidend, dass andere G8-Länder jetzt diesem Beispiel folgen. 2006 benötigen wir noch im Oktober dringend 50 Mio. US-\$ zur Absicherung der Aktivitäten bis zum Jahresende. Für den Zeitraum 2007/2008 stehen wir noch vor einer Finanzierungslücke in Höhe von 390 Mio. US-\$.

Und das bringt mich zu dem letzten zentralen Punkt aus dem vorgeschlagenen Programmhaushalt: der Notwendigkeit einer Stärkung der Gesundheitssysteme. Ohne funktionierende und effiziente Gesundheitssysteme werden wir weder in der Lage sein, die grundlegenden Gesundheitsdienste auszuweiten, noch die MDG zu erreichen. Ich denke, dass Gesundheitsreform und Gesundheitssysteme allgemein entstigmatisiert werden sollten. Wir müssen eben nur vier Dinge erreichen:

Erstens müssen wir die Organisation, die Leitung und die Erbringung der Gesundheitsdienste verbessern. Das hat mit der primären Gesundheitsversorgung zu tun, mit der Sicherung der Existenz von Krankenhäusern, mit der effizienten Erbringung von Gesundheitsleistungen in privater und öffentlicher Regie und mit dem Erreichen einer gesunden Bevölkerung durch diesen Ansatz. Hieran müssen wir die unterschiedlichen Akteure und Anbieter beteiligen.

Zweitens benötigen wir klare Informationen und Erkenntnisse, damit wir die richtige Art von Entscheidungen treffen können. Wir müssen die Evidenzbasis der Gesundheitssysteme stärken, um die Gestaltung und Durchführung der Politik zu unterstützen. Das heißt gut Informations- und Überwachungssysteme und Investitionen in nationale Forschungskapazitäten. Ich denke, dass wir hier bereits einige Fortschritte sehen können. Ich bin sehr froh, dass die Partnerschaft hinter dem Health Metrics Network unsere Zusammenarbeit mit den Ländern bei der Beschaffung hochwertiger Daten und Informationen erleichtern wird.

Drittens benötigen wir eine faire nachhaltige Finanzierung. Das heißt, sich Grundsatzoptionen anzuschauen, die eine Finanzierung der Gesundheitsdienste ermöglichen, und dabei verschiedene Finanzierungsalternativen zu erkunden und die wirksamste Form der Mittelzuweisung zu prüfen. Es gibt in dieser Hinsicht viele Erfahrungen aus dieser Region, von denen auch andere profitieren könnten.

Die vierte Komponente, das sind die Menschen, das Personal, die Humanressourcen. Dies ist der zentrale Bereich, in dem wir sowohl das meiste Geld ausgeben, als auch die schnellsten Fortschritte erzielen können, wenn wir bereit sind, uns mit den grundlegenden Problemen auseinanderzusetzen.

Ich möchte auch einige Worte über Entwicklungshilfe und Gesundheit und das Anliegen einer wirksamen Entwicklungshilfe sagen. In diesem Raum sind einige zentrale Entwicklungshilfepartner zugegen. Sie leisten substanzielle Beiträge, die äußerst willkommen sind. Wir sehen einen deutlichen Anstieg bei den Investitionen in die Gesundheit als Teil der grenzüberschreitenden Entwicklungshilfe. Dies ist lebenswichtig, sollte aber in einem größeren Zusammenhang betrachtet werden. Heute gibt die Welt jährlich 3,6 Billionen US-\$ für Gesundheit aus, 340 Mrd. US-\$ hiervon in den Entwicklungsländern. Ca. 10 Mrd. US-\$ hiervon werden als Entwicklungshilfe geleistet. Manchmal glauben wir, dass die Entwicklungshilfe alle Probleme lösen wird. Das wird sie nicht. Der überwiegende Teil der Mittel für eine Ausweitung der grundlegenden Gesundheitsdienste kommt bereits aus inländischen Quellen. Das wird auch in Zukunft so sein. Entwicklungshilfe ist wichtig, sowohl in Form des politischen Willens und in Form der politischen Unterstützung. Die G8-Gipfel in St. Petersburg war äußerst wichtig – und noch einmal an dieser Stelle ein Dank an die russische Regierung für ihre feste Haltung zu Gesundheitsfragen auf der Tagesordnung des Gipfels. Das G8-Ergebnisdokument ist das bislang in dieser Hinsicht am weitesten entwickelte und stellt ein klares Bekenntnis zu einer nachhaltigen Ausweitung der Investitionen in Gesundheit dar.

Eine Reihe Länder aus der Europäischen Region haben für das Erreichen dieses Anstiegs Zeitpläne verkündet. Die Ausweitung ist somit ein erreichbares Ziel. Und wir sind fest entschlossen es zu erreichen.

Die WHO ist in Fragen der Entwicklungshilfe bzw. deren Wirksamkeit zwar nicht federführend, doch ist es entscheidend, dass wir mit den Ländern an einigen dieser Themen zusammen arbeiten. An erster und wichtigster Stelle steht hier die Gewährleistung der Eigenverantwortung: für das Vorhandensein nationaler Pläne, Haushalte, Rahmenkonzepte und ihre wirklich eigenverantwortliche Ausgestaltung sowie ihren fachlichen Sinn in Bezug auf die Prioritäten. Wir sind in vielen Ländern zur Unterstützung und Befriedigung von deren Bedürfnissen und Erwartungen engagiert.

Wir müssen diese Pläne mit Leben erfüllen und auch die Regierungen darin unterstützen, wobei wir das bereits Entwickelte und nationale Prioritäten respektieren. Dies muss im Vordergrund stehen, wenn wir eine Wirkung erzielen wollen. Und wir müssen an den entscheidenden Problemen der Gesundheitssysteme arbeiten, wenn wir wirksam Entwicklungshilfe leisten wollen. Die Engpässe stehen mit den Systemen in einem Zusammenhang. Ich denke, wir können hieran mehr mit den Ländern arbeiten.

Die Entwicklungshilfe leistenden Partner können ebenfalls mehr tun. Die Diskussion, wie vorläufig sie in den kommenden vier oder fünf Jahren auch sein mag, wird allen Beteiligten helfen, ihre finanziellen Mittel und Prioritäten besser aufeinander abzustimmen. Hier sind bereits einige Fortschritte erzielt worden. Die Europäische Union und die Europäische Kommission unternehmen bei der Vertragsvergabe zu den MDG interessante Schritte, damit sowohl in dieser Region als auch anderswo eine langfristige finanzielle Unterstützung erreicht wird.

Die Art, wie das Geld ausgegeben wird, muss sich auf den Aufbau nachhaltiger nationaler Kapazitäten konzentrieren. Ich glaube daher, dass wir uns die Art der Erbringung fachlicher Hilfe genau und kritisch ansehen müssen und sie offen diskutieren. Die Pariser Prinzipien über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe dienen uns dabei als Orientierungshilfe für das, was zu tun ist. Zusammen können wir sie zu einer Realität vor Ort machen und so von dem Prinzip zur Praxis schreiten.

Lassen Sie mich zusammenfassen: Unser Ziel ist es, die WHO bedarfsgerechter an den Bedürfnissen der Länder auszurichten. Unser Ziel ist eine WHO, die wirksam als Teil der Vereinten Nationen (VN) arbeitet. Wir sind an der aktuellen Debatte über eine bessere Koordinierung der VN-Arbeit in den Ländern aktiv beteiligt. Wir engagieren uns in diesem System, damit wir sehen, wie wir zu einem effizienteren Partner werden können, insbesondere durch den Mechanismus der residierenden Koordinatoren. Einer meiner Kollegen ist gegenwärtig in New York und erörtert mit UNDP, was wir an praktischen Schritten unternehmen können.

Wir hatten eine Reihe von Diskussionen mit der Hocharangigen Gruppe für Kohärenz des Systems der Vereinten Nationen und sehen dem Ergebnis des Berichts erwartungsvoll entgegen. Wir haben vor dieser Gruppe die Finanzierung der Sonderorganisationen und die besondere Art ihrer Arbeit dargelegt. Jetzt setzen wir das zusammen.

Die Tagesordnung der Exekutivratstagung im Januar enthält auch einen Punkt zu WHO und VN-Reformen. Dort wird auch ein Papier vorliegen, das die groben Richtungen vorstellt und damit die Diskussion der Leitungsgremien auf der Grundlage des Berichts unterstützt, der von der Weltgesundheitsversammlung im letzten Jahr geprüft wurde.

Abschließend möchte ich Marc Danzon und seinem Team sowie den Mitgliedstaaten für die Unterstützung danken, die Sie mir und meinem Team seit dem schockierenden Tod von Dr. Lee im Mai gegeben haben. Ich denke, wir haben uns seither voran bewegt und Fortschritte erreicht. Die Organisation war geschockt, aber nicht gelähmt. Dies ist eine sehr belastbare Organisation. Dies liegt vor allem an Ihrem ununterbrochenen Einsatz seit der Weltgesundheitsversammlung, an dem starken Team und an der Unterstützung, die mir während dieser Monate von Marc und anderen Kollegen zuteil wurde. Vielen Dank.