



**Weltgesundheitsorganisation**

---

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

## **Bericht über die 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa**

**Kopenhagen, 15.–18. September 2014**

## Schlüsselwörter

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

EUR/RC64/REC/1

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Wenn Sie Dokumente oder Gesundheitsinformationen anfordern oder eine Genehmigung zum Zitieren oder Übersetzen einholen wollen, füllen Sie bitte auf der Website des Regionalbüros für Europa ein entsprechendes Online-Formular aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

### © Weltgesundheitsorganisation 2014

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anfragen bezüglich einer Genehmigung zur partiellen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Publikationen.

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

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

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

# INHALT

	<i>Seite</i>
Eröffnung der Tagung .....	1
Wahl der Tagungsleitung .....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms .....	1
Ansprache der WHO-Regionaldirektorin für Europa.....	2
Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa .....	7
Auswirkungen der Reform der WHO auf das Regionalbüro für Europa .....	9
Überblick über die Konsequenzen der WHO-Reform für die Tätigkeit des Regionalbüros für Europa .....	9
Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 – Die Perspektive der Europäischen Region .....	11
Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität .....	13
Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren .....	15
Erster Bericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020 .....	20
Wahlen und Nominierungen .....	23
Nominierung für das Amt des WHO-Regionaldirektors für Europa.....	23
Exekutivrat .....	24
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	24
Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms für Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion.....	24
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	24
Ergebnisse der hochrangigen Konferenzen .....	25
Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Folgetagung zur Charta von Tallinn von 2008 (Tallinn, Estland, 17.–18. Oktober 2013).....	25
Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung (Almaty, Kasachstan, 6.–7. November 2013) .....	27
Europäische Ministerkonferenz der WHO über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 (Aschgabat, Turkmenistan, 3.–4. Dezember 2013).....	29
Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020) .....	31
In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020).....	33
Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) .....	34
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO .....	37
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben .....	39
Hepatitis .....	40
Malaria .....	40

Folgendermaßnahmen zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten .....	40
Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit in Afrika .....	41
Internationale Gesundheitsvorschriften.....	42
Globaler Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen.....	43
Eradikation der Poliomyelitis.....	44
Fortschrittsberichte.....	45
Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten .....	45
Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen.....	45
Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten .....	46
Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf .....	46
Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa ...	47
Abschluss der Tagung .....	47
Resolutionen und Beschlüsse .....	48
EUR/RC61/R1. Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013 .....	48
EUR/RC64/R2. Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	48
EUR/RC60/R3. Nominierung des Regionaldirektors bzw. der Regionaldirektorin der Europäischen Region der WHO.....	49
EUR/RC64/R4. Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 .....	49
EUR/RC64/R5. Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020).....	50
EUR/RC64/R6. In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020).....	52
EUR/RC64/R7. Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020).....	54
EUR/RC64/R8. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2015-2018.....	56
Anhang 1: Tagesordnung .....	57
Anhang 2: Liste der Dokumente .....	60
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	63
Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin.....	91
Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin.....	105

## Eröffnung der Tagung



Die 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 15. bis 18. September 2014 im Gebäudekomplex der Vereinten Nationen „UN City“ in Kopenhagen (Dänemark) statt. An der Tagung nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO teil. Weiterhin anwesend waren Vertreterinnen und Vertreter der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEA), des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS), des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP), des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), der Weltbank, der Europäischen Union (EU), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des Nordischen Ministerrates.

Die erste Sitzung wurde von Dr. Daniel Reynders (Belgium), dem scheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet.

## Wahl der Tagungsleitung

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

Nick Hækkerup (Dänemark)	Präsident
Dr. Ray Busuttil (Malta)	Exekutivpräsident
Taru Koivisto (Finnland)	Stellvertretende Exekutivpräsidentin
Prof. Alex Leventhal (Israel)	Berichterstatter

## Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

*(EUR/RC64/2 Rev.1 und EUR/RC64/3 Rev.1)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

Das Regionalkomitee lud die Delegation der EU für die Zeit seiner 64. Tagung zur Teilnahme ohne Stimmrecht an Zusammenkünften der Unterausschüsse, Redaktionsgruppen und sonstigen Abordnungen ein, welche Themen mit Zuständigkeiten der EU behandelten.

## Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark



Als Schirmherrin des WHO-Regionalbüros für Europa hieß Ihre Königliche Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark die Delegationen in Dänemark willkommen und äußerte Zufriedenheit darüber, dass in der Arbeit für die acht Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) viel erreicht worden sei. Dennoch zeige der *Bericht über die Millenniums-Entwicklungsziele 2013*, dass der Fortschritt sich uneinheitlich gestalte, sowohl zwischen als auch in den Ländern. Der langsamste Fortschritt sei bei den MZ zu verzeichnen, die im Kern von Frauen und Mädchen handelten. Die Müttersterblichkeit etwa betrage in einigen Ländern das Vierzigfache der Rate anderer Länder in der Europäischen Region. Weitere Fortschritte im Sinne von Gesundheit und Wohlbefinden ließen sich nur erzielen, wenn geschlechtsbezogene Benachteiligungen und andere Ungleichgewichte im Gesundheitssystem abgebaut würden. Es sei weithin akzeptiert, dass Gesundheit eine Voraussetzung, ein Ergebnis und ein Anzeichen für den Erfolg der Entwicklungsagenda nach 2015 sein werde, die im übrigen eine allgemeine Gesundheitsversorgung, nichtübertragbare Krankheiten sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und entsprechende Rechte thematisieren müsse.

Angesichts ihres Interesses für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigte sich die Kronprinzessin erfreut darüber, dass die Europäische Region auf dieser Tagung gebeten werde, eine erneuerte Strategie anzunehmen – neue Aktionspläne, welche die Prävention von Kindesmisshandlung und die Bewältigung von Fehlernährung sowie Adipositas mit Hilfe des Aktionsplans Nahrung und Ernährung bezwecke. Sie werde auch künftig das Regionalbüro in seiner Arbeit für gleichberechtigten Zugang zu Impfungen für alle und in jeder Lebensphase mit Hilfe des Europäischen Impfaktionsplans unterstützen. Seine ehrgeizige Tagesordnung erfordere ernsthaftes Engagement und als Vorreiter und Verfechter von Gesundheit besitze das Regionalkomitee eine Schlüsselrolle für die Sicherung der Gesundheit in der Europäischen Region.

## Ansprache der WHO-Regional- direktorin für Europa



(EUR/RC64/5, EUR/RC64/18, EUR/RC64/R1, EUR/RC64/Inf.Doc./1 Rev.1)

Die Regionaldirektorin sagte, dass es trotz signifikant verbesserter Gesundheitsergebnisse in der gesamten Region weiter gesundheitliche Ungleichgewichte gebe. In einem Kontext vielfältiger Herausforderungen, etwa aufgrund der hohen Belastung mancher Gesellschaften durch nichtübertragbare Krankheiten sowie schwere Rezessionen und Sparmaßnahmen, seien neue Gedanken erforderlich und müsse Gesundheit auf der politischen Tagesordnung eine hohe Priorität eingeräumt werden. Dafür gebe „Gesundheit 2020“ ein übergeordnetes Rahmenkonzept vor, dessen Umsetzung durch die Länder das Regionalbüro nach Kräften unterstütze. Diese Bemühungen stünden auch in engem Zusammenhang mit der Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen nach 2015 und

sollten in die Ausarbeitung des Entwicklungshilferahmens der Vereinten Nationen (UNDAF) auf der Ebene der Länder einfließen. Interventionen in äußerst kosteneffektive gesundheitspolitische Interventionen sowohl innerhalb der Gesundheitssysteme als auch auf Ebene der Bevölkerung seien unerlässlich. Die Ziele von „Gesundheit 2020“ und der dazu gehörige Kontrollrahmen dienten als Gradmesser für erreichte Fortschritte und zur Gewährleistung der Rechenschaftslegung.

Mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich mache einen Lebensverlaufansatz erforderlich. Die außerordentliche Bedeutung des Einsatzes für die frühkindliche Entwicklung und der Maßnahmen zur Integration der Gesundheits- und Sozialwesen durch sektorübergreifende Zusammenarbeit sei wissenschaftlich belegt. Trotz substanzieller Fortschritte gebe es auch im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiter erhebliche Missverhältnisse. Die Einführung umfassender Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität durch einige Mitgliedstaaten habe sich positiv ausgewirkt, insbesondere im Kaukasus und in Zentralasien. Fortschritte seien auch bei der Gesundheit der Mütter zu verzeichnen und die Einführung moderner, wirksamer Verhütungsmethoden sowie die Förderung der Sexualaufklärung hätten die Zahl ungewollter Schwangerschaften verringert. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und entsprechende Rechte seien ein künftiger Schwerpunkt in der Arbeit des Regionalbüros.

Nichtübertragbare Krankheiten seien der Hauptverursacher der Krankheitslast in der Europäischen Region, und 80% der vorzeitigen Sterbefälle seien als vermeidbar zu betrachten. Das Regionalbüro habe seine Arbeit daher auf die Stärkung ressortübergreifender Konzepte und Strategien konzentriert – gemäß der Linie, die durch den Europäischen Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, den Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und „Gesundheit 2020“ vorgezeichnet werde. Signifikante Erfolge seien erzielt worden: Das Risiko, vor Vollendung des 64. Lebensjahrs an einer Herzkrankheit oder einem Schlaganfall zu sterben, habe in der gesamten Region abgenommen. Dessen ungeachtet gebe es aber noch Ungleichgewichte zwischen den Ländern. Man habe jetzt gewichtige wirtschaftliche Argumente für Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheit, wobei auch dem Management nichtübertragbarer Krankheiten hohe Priorität einzuräumen sei.

Die Bewältigung der Risikofaktoren sei weiter vorrangig angegangen worden, das Regionalbüro habe den Aktionsplan für Nahrung und Ernährung gemäß der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 fertiggestellt und arbeite jetzt an einem Aktionsplan für körperliche Betätigung, der dem Regionalkomitee im kommenden Jahr vorgelegt werde.

Die Europäische Region weise von allen WHO-Regionen die höchste Rate erwachsener Raucher auf. Die Reduzierung des Tabakkonsums bleibe daher ein vorrangiges Anliegen. Das Regionalbüro begrüße die neue EU-Richtlinie für Tabakerzeugnisse (2014/40/EU) und sei entschlossen, ihre Umsetzung zu unterstützen. Das Protokoll zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen sei ebenfalls ein wichtiges Instrument, zu dessen Ratifizierung sie die Mitgliedstaaten ermutige. Das Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums in der Europäischen Region um 30% bis 2025 sei realistisch, und darüber hinaus engagiere sich das Regionalbüro für die gänzliche Eliminierung des Tabakkonsums aus der Region. Zu diesem Zweck werde dem Regionalkomitee auf seiner nächsten Tagung ein Aktionsplan gegen Tabak zur Erörterung vorgelegt, mit dem die Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) unterstützt werden solle.

Im Bereich der übertragbaren Krankheiten seien trotz verstärkter Maßnahmen in der gesamten Region immer noch viele Aufgaben unerledigt, dabei kämen schon neue Herausforderungen hinzu. Die Bekämpfung der Tuberkulose bleibe eine Priorität. Auch wenn nach Schätzungen mehr als die Hälfte aller Tuberkulosefälle aufgedeckt würden und die Behandlungsrate auf 96% gestiegen sei, so sei die Erfolgsquote der Behandlungen nicht zufriedenstellend, was hauptsächlich an Schwächen in den Gesundheitssystemen und am Fehlen neuer und wirksamerer Arzneimittel liege. Die Eliminierung der Tuberkulose erfordere ein erhebliches Ausmaß an politischer Entschlossenheit und wissenschaftlichem

Engagement. Der gemeinsame Einsatz mit Partnern im Bereich HIV/Aids zeitige positive Wirkungen: Immer mehr HIV-Tests und Beratungen würden angeboten, und die Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung schreite voran. Die Behandlungsdichte habe signifikant zugenommen. Trotz dieser Anstrengungen habe sich die Epidemie aber weiter ausgebreitet. Daher müssten in allen Ländern verstärkt gezielte Interventionen und evidenzbasierte Konzepte umgesetzt werden, hierunter die Schadensminderung für injizierende Drogenkonsumenten. Mit der Russischen Föderation sei eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Prüfung des Erkenntnisstandes zu Schadensminderungsstrategien gebildet worden.

Antimikrobielle Resistenzen seien als ernsthafte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit weltweit anzusehen. Daher unterstütze das Regionalbüro Mitgliedstaaten bei der Durchführung des Europäischen Antibiotikages und setze sich dafür ein, ihn in der gesamten Region populär zu machen. Daten über antimikrobielle Resistenzen und den Verbrauch von Antibiotika in einer Reihe von Ländern außerhalb der EU seien nun erstmals verfügbar gemacht worden. Im Bereich der Immunisierung seien Fortschritte in einem Tempo erzielt worden, das beibehalten werden müsse. Konzertierte Anstrengungen seien erforderlich, um Herausforderungen etwa durch Impfverweigerer annehmen und die Versorgung von Hochrisikogruppen sicherstellen zu können, wozu das Regionalbüro den Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) wie gefordert fertiggestellt habe. Ausbrüche und die fortdauernde Übertragung von Masern und Röteln gefährdeten das Erreichen des Eliminierungsziels bis 2015. Stärkere politische Entschlossenheit sei daher unabdingbar. Zwar sei das Risiko einer Polio-Übertragung in der Europäischen Region nach wie vor gering, aber es gelte weiter wachsam zu bleiben, zumal die internationale Ausbreitung von Polio-Wildviren erst jüngst zur Feststellung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite geführt habe. Die Eliminierung der Malaria bis 2015 sei in Reichweite, und mehrere Mitgliedstaaten hätten damit begonnen, den Europäischen Handlungsrahmen für die epidemiologische Überwachung und Bekämpfung invasiver Stechmückenarten und wieder auftretender Vektorkrankheiten (2014–2020) umzusetzen.

Das Regionalbüro unterstütze die Maßnahmen der globalen Ebene gegen den Ausbruch der Ebola-Viruserkrankung in Westafrika, habe bereits drei Bedienstete entsandt und bereite die Entsendung von weiteren 23 Mitarbeitern vor. In den vergangenen Monaten seien mehrere Naturkatastrophen eingetreten, so etwa die schweren Überschwemmungen auf dem Balkan, und diese hätten zu humanitären Krisen geführt. Der Konflikt in der Arabischen Republik Syrien wirke sich auch auf die Europäische Region aus, insbesondere im Süden der Türkei. Das Regionalbüro beteilige sich an den interinstitutionellen Bemühungen der Vereinten Nationen zur grenzüberschreitenden Hilfe und weite seine Präsenz in der südlichen Türkei aus, um dort die Reaktionskapazität zu vergrößern. Als Antwort auf die humanitäre Krise in der Ukraine seien bereits zusätzliche Hilfsmaßnahmen ergriffen worden, die nach dem erfolgreichen Abschluss eines Gebertreffens in jüngster Zeit hoffentlich noch schneller umgesetzt würden. Hierfür böten die Internationalen Gesundheitsvorschriften aus dem Jahr 2005 (IGV) einen hervorragenden rechtlichen Rahmen. Die Ansichten der Mitgliedstaaten zum globalen Koordinationsmechanismus der IGV zur Ausweitung der Kernkapazitäten seien willkommen.

Das Regionalbüro habe substanzielle Arbeit mit den Ländern für die Stärkung der Gesundheitssysteme geleistet und sich dabei auch auf die gesundheitlichen Ergebnisse konzentriert. Der fünfte Jahrestag der Annahme der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ habe eine hervorragende Gelegenheit geboten, die Frage der Umsetzung und künftigen Stoßrichtung zu erörtern, die Zusagen aus der Charta zu bekräftigen und den Übergang zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zu forcieren. In ähnlicher Weise habe der 35. Jahrestag der Annahme der Erklärung von Alma-Ata eine Chance geboten, die Vision der primären Gesundheitsversorgung zu erneuern. Das Regionalbüro habe beträchtliche Anstrengungen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Bewältigung der gesundheitlichen Folgen der Wirtschaftskrise unternommen; dies sei nach Maßgabe der zehn Lehren und Grundsatzempfehlungen der hochrangigen Tagung über Gesundheitssysteme zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise geschehen. Die Unterstützung der Mitgliedstaaten durch das Regionalbüro umfasse auch jährlich veranstaltete Flaggschiff-Kurse und Empfehlungen für Schritte zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. Man bemühe sich, die Möglichkeiten des Regionalbüros für Information und Analyse zu verbessern, und veröffentliche daher jährlich zentrale



Gesundheitsindikatoren und verfolge Initiativen zur Förderung der evidenzbasierten Politikgestaltung. Ein Online-Portal mit Gesundheitsinformationen aus einer Hand werde in diesen Tagen freigeschaltet.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa gebe ein inspirierendes Beispiel für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Auseinandersetzung mit wichtigen Umweltdeterminanten, die immer noch für 20% der Mortalität in der Region verantwortlich seien. Die durch die Fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma erneuerte Führungsstruktur sei inzwischen erfolgreich umgesetzt worden, und die Arbeit zur Vorbereitung der sechsten Ministerkonferenz habe begonnen. Der Prozess werde seine Relevanz in den kommenden Jahren behalten, allein schon wegen unerledigter Aufgaben in Bereichen wie Luftverschmutzung, chemische Kontamination, unzureichende Wasserver- und Abwasserentsorgung in manchen Teilen der Region, aber auch auf Grund von Herausforderungen wie Technologiewandel und den Klimaveränderungen.

Das Regionalbüro habe substantielle Beiträge zu allen Aspekten der WHO-Reform geleistet, die in der Europäischen Region gänzlich umgesetzt worden sei. Man habe sich bemüht, die Rolle des Regionalkomitees zu stärken und die Führungsstrukturen innerhalb des Regionalbüros zu verbessern. Die Zusammenarbeit mit Partnern und Netzwerken sei auf subregionaler, regionaler und globaler Ebene ausgebaut worden. Die WHO werde eine interinstitutionelle Arbeitsgruppe für nichtübertragbare Krankheiten und die sozialen Determinanten von Gesundheit anführen. Für die Landesteam der Vereinten Nationen sei ein Leitfaden erstellt worden, mit dem die Einbeziehung von Gesundheit in die Entwicklungsagenda an prominenter Stelle gefördert werden solle. Die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren habe zugenommen, und zu den Mitgliedstaaten seien enge Beziehungen aufgebaut worden, insbesondere durch Besuche in den Ländern, die Umsetzung zweijähriger Kooperationsvereinbarungen und die Einführung der Länder-Kooperationsstrategien.

Die Länderbüros leisteten erhebliche Beiträge zur Arbeit des Regionalbüros mit und in den Ländern, und die Außenstellen trügen weiterhin zur Ausweitung der Kapazitäten des Regionalbüros bei. Mit der Regierung Kasachstans sei ein Gastlandabkommen abgeschlossen worden, das der Schaffung eines Fachzentrums für die primäre Gesundheitsversorgung diene. Mit der Russischen Föderation werde auf dieser Tagung des Regionalkomitees eine Vereinbarung unterzeichnet, durch die die Schaffung eines neuen Fachzentrums in Moskau für die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten eingeleitet werde. Das Gastlandabkommen mit der Türkei über die Einrichtung eines Fachzentrums für die Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in Istanbul werde derzeit fertiggestellt. Ein positives Arbeitsumfeld sei von überragender Bedeutung für ein gut funktionierendes Regionalbüro, was allerdings auch eine nachhaltige Finanzierung und kluge Verwaltung erfordere. Man habe erhebliche Arbeit in die Verbesserung der fachlichen Kapazitäten des Regionalbüros, seine Finanzierung und die Effizienz der Verwaltung investiert. Es würden Maßnahmen zur Festigung und weiteren Stärkung der inneren Verwaltung ergriffen, während gleichzeitig die fachliche Exzellenz gesteigert werden solle, damit das Regionalbüro die vor ihm liegenden Herausforderungen annehmen und auf mehr Gesundheit, Chancengleichheit und Nachhaltigkeit in Europa hinarbeiten könne.

In der anschließenden Aussprache wurden in mehreren Redebeiträgen der Bericht der Regionaldirektorin sowie ihre exzellente Führung des Regionalbüros gelobt, und dem Sekretariat wurde für seine unermüdliche und hingebungsvolle Arbeit gedankt. Die Bemühungen des Regionalbüros um die Unterstützung der Mitgliedstaaten, insbesondere durch fachliche Zusammenarbeit in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“, seien sehr willkommen. Einige Mitgliedstaaten führten weitere Beispiele der nützlichen Zusammenarbeit mit der WHO auf nationaler Ebene an und lobten den Einsatz des Regionalbüros zugunsten des Grundsatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sowie gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Vorgehensweisen, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu erreichen. Sie versprachen die Fortsetzung ihrer Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros für mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle in der Europäischen Region.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, hob die wachsenden Unterschiede in der Gesundheit sowohl in als auch zwischen den Ländern der Europäischen Region

hervor. Hier sei eine feste Haltung zur notwendigen Beseitigung jeder Form von Diskriminierung gefordert. Die Mitgliedstaaten der EU seien insbesondere besorgt wegen des Ausbruchs der Ebola-Viruskrankheit in Westafrika und betonten die Notwendigkeit, angesichts der gesundheitlichen Gefahren Bereitschaftsplanung und Gegenmaßnahmen zu verstärken. Die verstärkten Bemühungen zur Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Risikofaktoren würden begrüßt, und die in Bezug auf die übertragbaren Krankheiten ergriffenen Maßnahmen zur Umsetzung der Aktionspläne gegen Tuberkulose, HIV/Aids und Antibiotikaresistenzen müssten fortgesetzt werden. Auch wenn das Engagement des Regionalbüros für die Reform der WHO begrüßt werde, so sei die EU doch weiter beunruhigt in Bezug auf uneinheitliche Fortschritte in der Reform der Führungsstrukturen und besonders auch auf die Zusammenarbeit der WHO mit nichtstaatlichen Akteuren. Die Europäische Region müsse einen Weg finden zu zeigen, dass sie die Umsetzung der Resolutionen im Griff habe. In dieser Hinsicht solle die Arbeit am Format der Resolutionen durch die Arbeitsgruppe für Führungsfragen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (SCRC) fortgeführt werden. Früher angenommene Initiativen sollten umgesetzt werden, bevor neue angeregt würden, um die Zahl neu angenommener Resolutionen und daraus ergebender Aktivitäten zu verringern.

In mehreren Beiträgen wurde die Erklärung der EU unterstützt und die große Diversität der Europäischen Region hervorgehoben, die dazu führe, dass Einheitslösungen für die Herausforderungen im Gesundheitsbereich hier nicht funktionieren könnten. Gesundheitliche Ungleichgewichte in und zwischen den Ländern seien besonders besorgniserregend. Trotz seines begrenzten Haushalts dürfe das Regionalbüro die vor ihm liegenden Herausforderungen nicht aus dem Blick verlieren, insbesondere in Bezug auf die zunehmende Prävalenz der multiresistenten Tuberkulose (MDR-Tb) und die anhaltende HIV/Aids-Epidemie. Der Rückgang bei der Finanzierung des Regionalbüros bedeute keinen Rückgang des Ausmaßes der zu bewältigenden Probleme.

Die Bemühungen des Regionalbüros um die Förderung der Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen wurden gewürdigt. Die Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten aufgrund von Fehlernährung und Bewegungsmangel gebe Anlass zur Sorge, sodass hier verstärkte Bewusstseinsbildung zu empfehlen sei. Die von der WHO übernommene Führungsrolle in der Reaktion auf den Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit in Westafrika wurde begrüßt. Dieser Ausbruch habe veranschaulicht, wie wichtig die Fortsetzung der Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme und die Verbesserung der nationalen Kapazitäten für die epidemiologische Überwachung und für Gegenmaßnahmen seien. Das erneute Bekenntnis zur Charta von Tallinn sei in dieser Hinsicht besonders wichtig.

Die multilaterale Zusammenarbeit solle ausgeweitet werden, und ein eindeutiger und transparenter Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren sei hierfür besonders wichtig. Der Erfolg des Prozesses Umwelt und Gesundheit für Europa erfordere eine Zusammenarbeit in und unter den Mitgliedstaaten und sei vor allem bedeutsam, wenn Herausforderungen wie die Gesundheitsfolgen der Luftverschmutzung überwunden werden sollten. Eine enge Zusammenarbeit sei auch unerlässlich, um die antimikrobiellen Resistenzen zu bekämpfen, und die einzigartigen Gelegenheiten, die sich derzeit hier böten, dürften nicht ungenutzt verstreichen.

Ein Delegierter sagte im Namen der am Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (SEEHN) beteiligten zehn Mitgliedstaaten, dass die Länder des SEEHN dank der Unterstützung durch das Regionalbüro in der Lage gewesen seien, in ihrer subregionalen Zusammenarbeit den Zugang zu Gesundheitsämtern und Gesundheitseinrichtungen aufrechtzuerhalten und auszubauen und auf Gesundheitsgefahren zu reagieren, wie sich an der gemeinsamen Reaktion auf die Überschwemmungen in Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Serbien gezeigt habe. Die Bedeutung einer wirksamen Kommunikation und Leitungsstruktur für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit solle nicht unterschätzt werden.

Delegierte aus Kasachstan und der Russischen Föderation bezeugten ihr Engagement für die Eröffnung der neuen Außenstellen in Almaty bzw. Moskau.

Der Regionaldirektor für Osteuropa und Zentralasien des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) sagte, dass in der heutigen Zeit, in der die künftige Entwicklungsagenda gestaltet werde, die Menschen in der Europäischen Region länger und gesünder lebten als je zuvor. Dieser Erfolg sei in nicht geringem Maße dem Beitrag der WHO zur Förderung der gesundheitsbezogenen MZ zu verdanken. Die unerledigte MZ-Agenda bringe es mit sich, dass eine enge Zusammenarbeit auch nach 2015 von besonderer Bedeutung sei. Er begrüßte die positive Zusammenarbeit zwischen WHO und UNFPA und sagte, dass die Prioritäten des UNFPA für die Europäische Region zu denen aus „Gesundheit 2020“ passten. UNFPA und WHO würden ihre gemeinsamen Anstrengungen ausweiten, mit den Mitgliedstaaten, mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und der Zivilgesellschaft einen Entwicklungsrahmen zu fördern, in dem jede Person zähle, gerade auch Angehörige vulnerabler und marginalisierter Gruppen.

In ihrer Erwiderung dankte die Regionaldirektorin den Mitgliedstaaten für das Bekunden ihrer Unterstützung für die Arbeit des Regionalbüros und für ihre aktive Zusammenarbeit in den fünf Jahren seit ihrem Amtsantritt. Insbesondere würdigte sie die Aussagen der Mitgliedstaaten zu den Prioritäten und dem künftigen Weg. Zwar seien an vielen Fronten Fortschritte erzielt worden, doch bestünden zahlreiche Herausforderungen weiter, insbesondere in Bezug auf gesundheitliche Ungleichgewichte, die die Region zeichneten. Das Regionalbüro werde alles geben, um einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle zu fördern, und werde in dieser Hinsicht auch eine klare Botschaft aussenden, dass Diskriminierungen beseitigt und Menschenrechte respektiert werden müssten. Sie wiederholte ihr Bekenntnis zur Bewältigung der nichtübertragbaren Krankheiten, zum Abbau der Belastung durch übertragbare Krankheiten (einschließlich HIV/Aids und MDR-Tb) und zum Übergang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. Vor der aktuellen Tagung des Regionalkomitees habe es bereits eine konstruktiv verlaufene Zusammenkunft mit den Mitgliedstaaten zur Frage der Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren gegeben. Die Aussagen der Mitgliedstaaten zu dieser Thematik seien sehr willkommen gewesen. Das Regionalbüro werde die vor ihm liegenden Herausforderungen nicht aus dem Blick verlieren, und die Zusammenarbeit mit den Kooperationszentren in den Ländern sei hierbei besonders wertvoll. Die bevorstehende Eröffnung der neuen Außenstellen werde die Kapazitäten des Regionalbüros signifikant vergrößern.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R1.

## Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO- Regionalkomitees für Europa



*(EUR/RC64/4 Rev.1, EUR/RC64/4 Add.1, EUR/RC64/R2)*

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, der 21. SCRC habe im Laufe des Jahres fünfmal getagt. Seine Arbeit habe vor allem darauf abgezielt, diese Tagung des Regionalkomitees vorzubereiten, seiner eigenen Tätigkeit mehr Transparenz zu verleihen und die aktive Beteiligung aller Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region an der Führung der Organisation zu gewährleisten. Mit Blick auf die Tagung des Regionalkomitees habe der SCRC der Regionaldirektorin geraten, drei Themen (die Partnerschaftsstrategie, die Strategie für die Zusammenarbeit mit den Ländern und den Rahmen für Gesundheitsinformationssysteme) auf spätere Tagungen zu verschieben, um der noch laufenden Debatte auf der globalen Ebene nicht vorzugreifen, aber auch aus zeitlichen Gründen. Stattdessen würden diese Themen durch Informationsdokumente und Fachinformationssitzungen abgedeckt.

Der SCRC habe je eine Arbeitsgruppe für eine eingehendere Erörterung der folgenden drei wichtigen Themen eingesetzt: Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“, Zuweisung strategischer Haushaltskapazität und Reform der Organisationsführung. Die Arbeitsgruppe zu „Gesundheit 2020“ habe sich im Geiste eines gesamtstaatlichen Ansatzes mit der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen, mit der Operationalisierung des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit und mit der Fortsetzung der Arbeit zu den qualitativen Indikatoren und den objektiven Indikatoren für Wohlbefinden befasst. Die Arbeitsgruppe für die strategische Zuweisung von Haushaltskapazität habe Leitprinzipien auf den drei Ebenen der Organisation (global, Regionen, Länder) erstellt, die den Beratungen der Arbeitsgruppe des Exekutivrates und der Arbeitsgruppe für strategische Mittelzuweisung des Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses (PBAC) wichtige Impulse gegeben hätten.

Ferner habe der SCRC im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion in Bezug auf Haushalts- und Finanzfragen den Leistungsbericht des Regionalbüros für Europa für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 geprüft und sich mit der Analyse des Sekretariats über Finanzierung und Umsetzung des Haushalts in den ersten sechs Monaten des laufenden Programmhaushalts befasst. Mit Blick auf die Ausarbeitung des Programmhaushaltsentwurfs 2016–2017 habe der Ständige Ausschuss zur Durchführung eines transparenten „Bottom-up-Planungsverfahrens“ geraten. Schließlich habe der SCRC auch wie in früheren Jahren den Delegationsleitern eine Liste der engeren Wahl mit Nominierungen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, im Ständigen Ausschuss und in anderen Gremien übergeben.

Das Mitglied des SCRC aus Frankreich führte dazu aus, die Arbeitsgruppe für Führungsfragen habe zwei Formate erstellt: eines für Resolutionsentwürfe, das sich mit deren strategischen Wert sowie ihren Verknüpfungen zu den globalen Prioritäten und zu „Gesundheit 2020“ befasse, und eines für ihre finanziellen und administrativen Konsequenzen. Sie habe außerdem unter Einbeziehung zweier zusätzlicher Kriterien ein Instrument entwickelt, das zur Schaffung von mehr Transparenz und Einheitlichkeit hinsichtlich der Nominierungsverfahren für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss dienen solle; dieses Instrument werde auf der laufenden Tagung erstmals erprobt und solle dann vom 22. SCRC nachgebessert werden. Die Arbeitsgruppe habe auch Maßnahmen für eine weitere Verstärkung der Einbeziehung der Mitgliedstaaten in die Arbeit des Regionalbüros und des SCRC empfohlen, etwa die Übertragung von Informationsveranstaltungen per Webstreaming, aber auch eine Förderung der Beteiligung von Organisationen der Zivilgesellschaft an künftigen Tagungen des Regionalkomitees.

Das scheidende Mitglied des SCRC aus der Russischen Föderation lobte die konstruktive und freundliche Atmosphäre, die auf den Tagungen des Ständigen Ausschusses geherrscht habe. Die Bemühungen der Arbeitsgruppe des SCRC für Führungsfragen um Erhöhung der Transparenz und um Förderung der Beteiligung der Mitgliedstaaten sollten auch auf bestehende Strukturen und Netzwerke auf der subregionalen Ebene ausgedehnt werden.

Ein früheres Mitglied des SCRC lobte die Bemühungen des Ständigen Ausschusses um Rationalisierung und Straffung der Tagesordnung des Regionalkomitees. Die weitere Verbesserung und Anwendung des von der Arbeitsgruppe für Führungsfragen entwickelten Instruments solle auf eindeutige und transparente Weise erfolgen.

Das Regionalkomitee nahm die Resolution EUR/RC64/R2 an.

## Auswirkungen der Reform der WHO auf das Regionalbüro für Europa

### Überblick über die Konsequenzen der WHO-Reform für die Tätigkeit des Regionalbüros für Europa

(EUR/RC64/16)

Die Regionaldirektorin berichtete von den Fortschritten bei der Reform in Bezug auf programmatische Arbeit, Führungsfragen und Leitungsaufgaben. Mit Blick auf die Programmbereiche sei die Perspektive der Europäischen Region zum globalen Programmhaushaltsentwurf der WHO für den Zweijahreszeitraum 2016–2017 im Zuge eines Bottom-up-Planungsverfahrens ausgearbeitet worden, bei dem die wichtigsten Prioritäten und Erfordernisse von den Ländern bestimmt worden seien. Leider hätten die Mitgliedstaaten nur begrenzte Zeit für landesinterne Beratungen und für die Prioritätensetzung gehabt. Dennoch habe das Regionalbüro beträchtliche Anstrengungen unternommen, zusammen mit den Ländern eine solide Analyse der gesundheitlichen Situation nach Maßgabe des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ und des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms 2014–2019 durchzuführen; ferner habe es eine sorgfältige Bestandsaufnahme der für die Europäische Region relevanten öffentlichen Güter (z. B. Konzepte, Pläne und gesetzliche Vorschriften) sowie eine Kostenkalkulation der Outputs auf der Ebene der Umsetzung vorgenommen.

Im Bereich der Reform der Organisationsführung hätten die leitenden Organe auf der globalen Ebene sich auf Maßnahmen wie Kapazitätsaufbau und Schulungen für Mitglieder des Exekutivrates, einen elektronischen Zugang zu Tagungen der leitenden Organe, eine Minimierung der Dokumentation in Papierform und ein elektronisches Abstimmungssystem für die Ernennung des Generaldirektors geeinigt. Dagegen habe der Exekutivrat keine Einigung darüber erzielt, wie die Zahl der in jedem Jahr auf seiner Tagung im Januar zu behandelnden Tagesordnungspunkte begrenzt werden könne. Hier könnten zwei im Jahr 2010 von der Europäischen Region eingeführte Praktiken – eine fortlaufende, auf mehrere Jahre angelegte Tagesordnung für Tagungen des Regionalkomitees und die systematische Durchsicht älterer Resolutionen im Hinblick auf ihre mögliche Außerkraftsetzung – dazu beitragen, dem Ansatz für die Bewältigung der Tagesordnung der leitenden Organe auf der globalen Ebene eine stärkere strategische Ausrichtung zu geben.

Im Bereich der Reform der Führungsstrukturen hätten sich aufgrund des ersten Finanzierungsdialogs der WHO mit den Mitgliedstaaten und den wichtigsten nichtstaatlichen Gebern Berechenbarkeit und Transparenz der Finanzierung der WHO verbessert. Zwar sei durchaus zu erwarten, dass der Programmhaushalt 2014–2015 vollständig finanziert sein werde, doch verdeckte dieses finanzielle Gesamtbild Engpässe bei einigen Programmen sowie in einigen Ländern und größeren Büros; dies gelte nicht zuletzt für die Europäische Region. Nach einer Rückmeldung aus den Regionalkomitees werde den Mitgliedstaaten bis Mitte Dezember 2014 ein aktualisierter Vorschlag für eine neue Methodik zur strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität vorgelegt, der dann im Januar 2015 dem PBAC präsentiert werde. Wie bereits erwähnt, seien weite Teile des Berichts des PBAC an die 67. Weltgesundheitsversammlung durch die Empfehlungen der Arbeitsgruppe des SCRC für die strategische Zuweisung von Haushaltskapazität geprägt gewesen.

In der anschließenden Aussprache begrüßten alle Redner die bisher erzielten Fortschritte und hoben die Notwendigkeit hervor, die Reformanstrengungen auch weiterhin energisch fortzusetzen. Die WHO

müsse sich nun auf die verbleibenden Bereiche konzentrieren, in denen es bisher nur unzureichende Fortschritte gebe, etwa die Reformierung der Arbeitsweise des Exekutivrates und der Weltgesundheitsversammlung, die Festlegung klarer Prioritäten und die Gewährleistung, dass auf den Tagungen zielgenauer nur Themen behandelt würden, die für alle 194 Mitgliedstaaten von Bedeutung seien. Der aktuelle Ausbruch von Ebola-Fieber verdeutliche nur allzu sehr, wie wichtig es sei, dass die WHO in der Lage sei, sich neuen Herausforderungen umgehend und auf flexible und umfassende Art zu stellen.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Personalreform angesichts des Charakters der WHO als wissenschaftsbasierte Organisation besondere Bedeutung habe. In diesem Zusammenhang bat eine Delegierte um Vorlage konkreter Vorschläge zur Personalreform auf der nächsten Tagung des Exekutivrates und auf der Weltgesundheitsversammlung.

Es würden dringend größere Fortschritte benötigt, um der WHO eine Zusammenarbeit mit sämtlichen Akteuren in der globalen Gesundheitspolitik zu ermöglichen, da die nichtstaatlichen Akteure beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hätten und die WHO Gefahr laufe, an den Rand gedrängt zu werden, wenn sie sich nicht anpasse.

Mehrere Delegierte forderten eine weiter reichende Institutionalisierung der Global Policy Group, deren Schaffung zu einer Verbesserung der Abstimmung zwischen dem Hauptbüro und den Regionen der WHO geführt habe.

Die Regionaldirektorin stimmte zu, dass die Global Policy Group ein wichtiges neues Forum für die Interaktion zwischen den Regionalbüros darstelle, das der Kohärenz innerhalb der Organisation zugute komme. Die Netzwerke der fachlichen Arbeitsbereiche seien unter der Federführung der Beigeordneten Generaldirektoren eingerichtet worden; dies sei ein wesentlicher Schritt zur Verwirklichung eines integrierten, kohärenten Ansatzes in den fachlichen Arbeitsbereichen. Die Reform und die Fragen der Organisationsführung müssten bis zum Abschluss des Reformprozesses auf der Tagesordnung der WHO bleiben.

Die Generaldirektorin erinnerte daran, dass die Organisationsführung in der WHO in den Händen der Mitgliedstaaten liege. Auch sie müssten in ihren Vorschlägen zur Aufnahme neuer Tagesordnungspunkte und Einführung neuer Arbeitsbereiche Disziplin zeigen und sich an ihre Forderungen nach mehr Zielstrebigkeit und Effizienz erinnern. Die Generaldirektorin verwies auf Verbesserungen an den internen Verknüpfungen und der organisatorischen Kohärenz und ermutigte die Mitgliedstaaten dazu, sie auch weiterhin zur Beratung mit den Regionalkomitees aufzufordern.

Die Beteiligung nichtstaatlicher Akteure sei auf der Länderebene größer als auf der globalen Ebene. In den Ländern werde kein einziges Gesundheitsthema ohne die Beteiligung von Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Privatwirtschaft behandelt. Ein solches Engagement werde in manchen Regionen gefördert, während andere Regionen Bedenken in Bezug auf mögliche Interessenkonflikte hätten. Zum Schutz vor solchen Problemen seien Transparenz und eindeutige Regeln für die Beteiligung erforderlich. Sie richtete einen eindringlichen Appell an die Mitgliedstaaten, auf der nationalen Ebene tätig zu werden, falls die globale Debatte zu dieser Thematik nicht bald abgeschlossen werden könne. Die WHO könne den Mitgliedstaaten helfen, indem sie Leitlinien darüber veröffentliche, wie im Umgang mit nichtstaatlichen Akteuren deren unangemessene Einflussnahme verhindert werden könne. Das ihr im Rahmen der Tagesordnung im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten erteilte Mandat zur Einsetzung von Arbeitsgruppen mit der Privatwirtschaft und mit nichtstaatlichen Organisationen könne als Pilotversuch für einen solchen Mechanismus dienen und bisher noch zögernden Ländern Vertrauen geben. Anderenfalls werde die Welt sich ohne die WHO weiterentwickeln.

Die Generaldirektorin erkannte die Bedeutung starker fachlicher Kapazitäten und der Reformierung der Personalpolitik an und sprach sich für Mitarbeitermobilität und -rotation aus. Sie befürwortete außerdem den Ruf nach einer Institutionalisierung der Netzwerke für Programmbereiche und Kategorien im Zuge des Planungsverfahrens. Hierzu werde ein Dokument an die leitenden Organe

ausgearbeitet, in dem die Lehren aus diesen Netzwerken erläutert würden. Auch die fachlichen Experten müssten in die Arbeit der Global Policy Group einbezogen werden.

## **Programmbudgetentwurf 2016–2017 – Die Perspektive der Europäischen Region**

*(EUR/RC64/17, EUR/RC64/18, EUR/RC64/23 Rev.1)*

Der Beigeordnete Generaldirektor für allgemeines Management berichtete, der Programmbudgetentwurf 2016-2017 sei, wie von den Mitgliedstaaten gewünscht, im Zuge eines soliden Bottom-up-Planungsverfahrens mit realistischen Kostenkalkulationen für die Outputs auf der Grundlage einer klaren Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten an die drei Ebenen der WHO erstellt worden. Die Generaldirektorin habe klar zum Ausdruck gebracht, dass die Gesamthöhe des Haushalts bei ca. 4 Mrd. US-\$ bleiben müsse; somit müssten die Prioritäten bei den Ausgaben innerhalb dieses Rahmens angepasst werden. Erstmals seien die Prioritäten auf der Ebene der Länder bestimmt und entsprechend berücksichtigt worden, wenn auch mit einigen durch Zeitdruck bedingten Einschränkungen. Diese Prioritäten seien dann im Lichte der Frage bewertet worden, wie handlungsfähig die WHO jeweils im Vergleich mit anderen Akteuren sei. Es sei angestrebt worden, die Aufgaben und Zuständigkeiten auf allen drei Ebenen der WHO festzulegen. Bei der Verlagerung der Schwerpunkte zwischen den Programmen hätten folgende Bereiche mehr Gewicht erhalten: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen; Kapazitäten der Regulierungsbehörden und Informationen und Evidenz über die Gesundheitssysteme; Verpflichtungen gemäß den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005); Verhinderung vermeidbarer Todesfälle bei Müttern, Neugeborenen und Kindern; und globale Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen.

Nach den neuen Prioritäten gebe es einen erhöhten Bedarf an Mitteln für folgende Bereiche: Kapazitäten für Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen in Notlagen; Stärkung der Gesundheitssysteme; Kapazitäten der Regulierungsbehörden; Informationen und Evidenz; Altern und Gesundheit; und systematische Berücksichtigung von Gleichstellungs-, Chancengleichheits- und Menschenrechtsaspekten sowie der sozialen Determinanten von Gesundheit. Die hohen Investitionen in nichtübertragbare Krankheiten spiegelten einen Anstieg der Häufigkeit von psychischen Gesundheitsproblemen, Substanzmissbrauch, Gewalt, Unfällen und Behinderungen wider.

Um einen insgesamt stabilen Haushaltsrahmen zu gewährleisten, müsse dieser Anstieg durch eine Ausgabensenkung in den Programmbereichen HIV/Aids, Tuberkulose und impfpräventable Krankheiten kompensiert werden.

Auch wenn diese Bereiche die Europäische Region weiterhin vor Probleme stellten, so stünden doch inzwischen auch Mittel vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie von der GAVI-Allianz zur Verfügung. Auch die Zuweisung an die Kategorie Übertragbare Krankheiten sei gekürzt worden, jedoch nicht, weil die WHO sich aus diesem Bereich zurückziehen wolle, sondern vielmehr, weil sie ihren Schwerpunkt von der eigentlichen Umsetzung hin zur Hilfe im vorgelagerten Bereich verschiebe, die weniger ressourcenintensiv sei. Auch wenn die Mittel für Notlagen und Polio gekürzt worden seien, so bleibe doch noch eine gewisse Flexibilität in Bezug auf die Art der Reaktion auf Krankheitsausbrüche. Die Verteilung zwischen den größeren Büros basiere auf der anfänglichen Annahme eines stabilen Gesamthaushalts für jedes größere Büro; allerdings seien aufgrund der Prioritätensetzung gewissen Veränderungen unvermeidlich.

Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen erklärte, der Programmbudgetentwurf 2016–2017 stehe vollkommen im Einklang mit der Ergebniskette und den Kategorien aus dem Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm und sei in diese eingebunden; er beruhe auf Konsultationen nicht nur mit jenen Ländern, in denen die WHO ein Länderbüro unterhalte, sondern auch mit den übrigen Ländern. Die Konsultationen mit den Mitgliedstaaten seien nun zu einem früheren Zeitpunkt angesiedelt als bisher, und der Prozess sei iterativ.

Die Ermittlung der für die Europäische Region relevanten öffentlichen Güter sei mittels eines von den Abteilungen beim Regionalbüro ausgehenden Bottom-up-Verfahrens erfolgt. Ein großer Teil der Arbeit sei durch die Resolutionen bestimmt. Die globalen fachlichen Netzwerke hätten sich erfolgreich zum integralen Bestandteil des Planungsprozesses entwickelt. Die Grundlage für den Planungsprozess bilde das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“; umgekehrt trügen die zweijährigen Kooperationsvereinbarungen und die Länder-Kooperationsstrategien entscheidend zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ bei.

Die Lehren aus der Beurteilung der Leistung des Regionalbüros im Zeitraum 2012–2013 seien in die Ausarbeitung des Programmhaushaltsentwurfs 2016–2017 eingeflossen. Zwar sei die Gesamthöhe der Finanzen annehmbar, doch seien diese zwischen den Programmbereichen ungleich verteilt. Der Finanzierungsdialog werde das Problem der Unterfinanzierung in Angriff nehmen, es aber nicht kurzfristig lösen können. Der Pilotversuch der Europäischen Region mit den zentralen vorrangigen Resultaten sei positiv aufgenommen worden und habe dem Sekretariat dabei geholfen, seine Anstrengungen genauer auszurichten; ferner habe er auch den globalen Prozess beeinflusst, wie aus dem Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm ersichtlich sei.

Das Regionalbüro sei auch weiterhin stark von in der eigenen Region eingeworbenen freiwilligen Beiträgen abhängig. Es sei zu hoffen, dass der Finanzierungsdialog zusammen mit der neuen Strategie für die Mittelbeschaffung zu einer besseren Abstimmung führe. Darüber hinaus hätten mehrere Mitgliedstaaten als ein Hindernis für die Verwirklichung der eigenen Ziele mangelnde Kapazitäten im eigenen Land genannt. Die Länder seien nach zehn Prioritäten für die Länderebene befragt worden, und die Kostenkalkulationen für die Outputs seien dann in den Programmhaushaltsentwurf eingeflossen. In Übereinstimmung mit „Gesundheit 2020“ seien die Kategorien 2 und 4 am häufigsten genannt worden.

Das Bottom-up-Planungsverfahren habe zu einem um 18% höheren Haushalt geführt als ursprünglich vereinbart. Um die in diesem Prozess festgelegte Prioritätensetzung zu wahren, seien Anpassungen nötig gewesen: zunächst durch Streichung spezifischer, groß angelegter Projekte in den Ländern, die noch ungewiss oder nicht ausgehandelt seien, und dann durch anteilige Kürzung der verbleibenden Zuweisungen an alle Bereiche. Im Einklang mit dem Reformprozess würden künftig erheblich mehr Mittel auf der Ebene der Länder zugewiesen. Um einen insgesamt stabilen Haushaltsrahmen zu gewährleisten, müsse ein Kostenanstieg in einer Kategorie durch entsprechende Kürzungen in anderen Kategorien kompensiert werden. Daher werde gemäß der erfolgten Prioritätensetzung vorgeschlagen, in den Kategorien 1, 3 und 4 Kürzungen vorzunehmen, um die Ausgabenerhöhungen in den Kategorien 2, 5 und 6 finanzieren zu können. Auf der Makroebene seien die finanziellen Aussichten für den Zeitraum 2016–2017 positiv.

Die Delegierten begrüßten den Programmhaushaltsentwurf 2016–2017, der auf demselben Niveau wie im Zeitraum 2014–2015 liege, obwohl für die Umsetzung der IGV (2005), die Stärkung der Gesundheitssysteme und die vernachlässigten Tropenkrankheiten höhere Mittel zugewiesen worden seien. Sie befürworteten auch das Bottom-up-Verfahren, auch wenn noch nähere Erklärungen darüber benötigt würden, wie mit den Prioritäten auf den verschiedenen Ebenen der Organisation umgegangen werde, wie das Planungsverfahren in Ländern ohne Kooperationsstrategie ablaufen solle und wie die Länderbüros das erforderliche Risikomanagement und die nötige Qualitätssicherung finanzieren sollten. In Kategorie 6 (Organisatorische und befähigende Funktionen) sollten für die Bereiche Risikomanagement und interne Überprüfung (internal oversight) mehr Mittel eingeplant werden, und es sollten Kosteneinsparungen und Effizienzverbesserungen erreicht werden, um die Erhöhung in dem Etat für Leitungsebene und Verwaltungskosten zu kompensieren. Die Auswirkungen der in früheren Zweijahreszeiträumen angenommenen Resolutionen auf den Haushalt sollten in dem Dokument konkret erläutert werden. Ein Entwurf des Programmhaushalts mit standardisierten Kostenkalkulationen für Outputs anstatt Resultaten solle den Mitgliedstaaten rechtzeitig vor der nächsten Tagung des Exekutivrates im Januar zur Prüfung vorgelegt werden.



Die Delegierten begrüßten den Leistungsbericht der Europäischen Region für den Programmhaushalt 2012–2013, der einen guten Überblick über die in dem Zweijahreszeitraum geleistete Arbeit und die damalige finanzielle Situation gegeben habe.

Eine Reihe von Delegierten äußerten Bedenken über die geplante Kürzung des Etats für Aktivitäten im Bereich Umwelt und Gesundheit, die auf der Konferenz der WHO über Gesundheit und Klima (Genf, 27.–29. August 2014) zu einer Priorität erklärt worden seien. Eine andere Delegierte stellte fest, dass die für übertragbare Krankheiten und Krankheitsausbrüche zugewiesenen Etats reduziert worden seien – eine Entscheidung, die angesichts des gegenwärtigen Ausbruchs von Ebola-Fieber der Öffentlichkeit nicht leicht zu vermitteln sei. Andere stellten die Frage, warum es in den Bereichen Warn- und Reaktionskapazitäten sowie Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen keine Erhöhung der Haushaltsmittel gegeben habe.

Der Beigeordnete Generaldirektor für allgemeines Management und der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen antworteten auf die Anmerkungen der Delegierten. Die überarbeiteten Indikatoren für die Outputs und die finanziellen Auswirkungen der in früheren Zweijahreszeiträumen angenommenen Resolutionen würden im Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 noch vor dessen Vorlage an den Exekutivrat berücksichtigt. Standardisierte Kostenkalkulationen gebe es für viele Haushaltsposten, etwa Personalkosten, Reisekosten, Konferenzen und Beschaffung. Andere Posten seien von Projekt zu Projekt so verschieden, dass eine standardisierte Kostenkalkulation hier wenig sinnvoll sei.

Der Themenbereich Klima und Gesundheit sei eine unstrittige Priorität, deren Stellenwert jedoch nicht allein an der Höhe der zugewiesenen Finanzmittel bemessen werden dürfe. Der dem Bereich Katastrophenrisiko und Krisenmanagement zugewiesene Etat sei deutlich erhöht worden, um die Handlungsfähigkeit der Länder bei Krankheitsausbrüchen oder anderen widrigen Ereignissen zu stärken. Deshalb gebe es nun einen geringeren Bedarf für die Reservierung von Mitteln für die Reaktion auf akute Krankheitsausbrüche.

Im Rahmen der Stärkung des internen Kontrollrahmens sei ein neues Referat – das Compliance, Risk Management and Ethics Office (dt.: Büro für Regelkonformität, Risikomanagement und Ethikfragen) – unmittelbar beim Büro der Generaldirektorin (DGO) eingerichtet worden. Darüber hinaus sei der Bereich Mittelbeschaffung von der früheren Abteilung für Planung, Mittelkoordinierung und Leistungsüberwachung ins DGO verlagert worden, um eine bessere Abstimmung der Mittelbeschaffung zu gewährleisten.

Die Regionaldirektorin stellte in ihrer Zusammenfassung fest, die Mitgliedstaaten hätten großen Wert darauf gelegt, dass der Haushalt auf Kostenkalkulationen für die Produkte des Sekretariats begründet sei. Einige der von den Mitgliedstaaten genannten Prioritäten könnten wirksam mit Beiträgen der Partnerorganisationen und der Kooperationszentren der WHO wie des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit in Bonn und des neuen ausgelagerten Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Almaty (Kasachstan) verfolgt werden. Die bestehenden Kapazitäten der Europäischen Region für die Vorsorge im Hinblick auf Krankheitsausbrüche und andere Notlagen würden durch das in Kürze in Istanbul einzurichtende ausgelagerte Fachzentrum für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen verstärkt.

## **Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität**

*(EUR/RC64/20, EUR/RC64/25)*

Der Beigeordnete Generalsekretär für Allgemeines Management teilte dem Regionalkomitee mit, dass der Exekutivrat auf seiner 134. Tagung im Januar 2014 vereinbart habe, eine Arbeitsgruppe zum Thema strategische Mittelzuweisung einzusetzen, der sechs Mitglieder seines Haushalts- und Verwaltungsausschusses (PBAC) angehörten und die vom Vorsitzenden des PBAC, dem Exekutivratsmitglied aus Belgien, geleitet werde. Die Arbeitsgruppe habe am 17. Februar 2014 eine

erste Telekonferenz durchgeführt, der eine reguläre Zusammenkunft am 23. und 24. April 2014 gefolgt sei. Die vorläufigen Anregungen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe seien auf der 20. Tagung des PBAC erörtert und von der 67. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2014 behandelt worden. Der Exekutivrat habe mit seinem Beschluss EB135(1) die Empfehlung des PBAC gebilligt, die Mitgliedschaft in der Arbeitsgruppe unverändert zu lassen, den Namen jedoch in „Arbeitsgruppe für die Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität“ zu ändern.

Wie in der Arbeitsgruppe besprochen, solle die Methode der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität sowohl die ordentlichen als auch die freiwilligen Beiträge auf allen drei Ebenen der Organisation umfassen und damit das Prinzip eines einzigen Arbeitsplans und Haushalts für die gesamte Organisation befolgen. Zentrale Prinzipien für die Entwicklung dieser Methode seien: die Begründung durch Bedarf und Evidenz, die Integration eines ergebnisorientierten Managements, der Geist von Gerechtigkeit und Chancengleichheit, Rechenschaft und Transparenz, klare Rollen- und Aufgabenverteilung auf allen drei Ebenen und Anreize zur Leistungssteigerung.

Zur Herleitung der Methode sei die Arbeit der WHO in vier operative Segmente unterteilt worden: fachliche Zusammenarbeit auf Ebene der Länder; Bereitstellung öffentlicher Güter auf globaler Ebene und auf Ebene der Regionen; Verwaltung und Management; und Gegenmaßnahmen in Krisensituationen. Das dritte Segment umfasse einen hohen Anteil fixer Kosten, in denen Einsparungen kaum möglich seien. Angesichts der Unvorhersehbarkeit von Ausbrüchen und Krisenmaßnahmen und des gut funktionierenden Mittelzuweisungsverfahrens werde sich eine neue Methode nicht unbedingt auf das vierte Segment auswirken.

Für das erste Segment werde allerdings angeregt, das Profil jedes Landes zu bestimmen – wobei Kriterien wie der Index der menschlichen Entwicklung, die Immunisierungsrate sowie Proxy-Indikatoren für die Fachkategorien im Allgemeinen Arbeitsprogramm in Betracht kämen –, und diese Profile dann nach einem Bevölkerungsfaktor zu gewichten und auf Ebene der Region zu aggregieren. Ausgehend von der Gesamtzuweisung für die Länder in jeder Region ließen sich somit die Mittel auf alle sechs WHO-Regionen verteilen. Anschließend erfolge die Zuweisung von Haushaltskapazität für die fachliche Zusammenarbeit auf der Länderebene durch eine von unten nach oben verlaufende Planung (bottom-up planning).

Im zweiten Segment gebe es zwei Arten von Programmen bzw. Funktionen: einerseits die mandatsbezogenen und langfristigen Verpflichtungen (wie die Codex-Alimentarius-Kommission) und andererseits Aufgaben oder Prioritäten, die eher vom Bedarf bestimmt seien. Die Zuweisung von Haushaltskapazität an die erste Gruppe könne nach aktuellem oder historischem Muster erfolgen, während für die zweite Gruppe Kriterien wie das Allgemeine Arbeitsprogramm, Bedarf und Prioritäten auf globaler Ebene oder Ebene der Region, Resolutionen der leitenden Organe der WHO und die relativen Vorzüge der WHO zugrunde gelegt werden könnten.

Die Arbeitsgruppe habe die wechselseitige Abhängigkeit zwischen der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität und einer Reihe weiterer Reforminitiativen für die WHO erkannt, etwa die Arbeit an der Bottom-up-Planung, die Benennung von Outputs und Leistungen sowie deren Kostenberechnung, die Festlegung von Rollen und Funktionen der drei Ebenen der Organisation und die Überprüfung der Finanzierung von Kosten für Verwaltung und Management. Die Arbeitsgruppe habe betont, dass das Sekretariat auch weiterhin einige dieser Initiativen in seiner Vorbereitung des Entwurfs für den Programmhaushalt 2016–2017 berücksichtigen müsse.

Derzeit wende das Sekretariat die Prinzipien und Kriterien so an, dass in der Arbeitsgruppe verschiedene Modelle erörtert werden könnten. Nach Erhalt der Beiträge der Regionalkomitees werde die Arbeitsgruppe im November 2014 die hergeleiteten Modelle auf einer regulären Tagung überprüfen und dem Sekretariat anschließend ihre Empfehlungen mitteilen. Den Mitgliedstaaten werde Mitte Dezember 2014 ein aktualisierter Entwurf zugehen, und im Januar 2015 werde das Sekretariat dann dem PBAC und dem Exekutivrat einen abschließenden Vorschlag vorlegen.

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe des SCRC zur strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität führte aus, dass man übergeordnete Prinzipien und Kriterien für jedes der vier Segmente angeregt habe, die in einem vom SCRC gebilligten Bericht zusammengefasst und vom SCRC-Vorsitzenden an den Vorsitzenden der Arbeitsgruppe der globalen Ebene übermittelt worden seien. Die Arbeit der Arbeitsgruppe habe die Überlegungen auf globaler Ebene zu dieser komplexen Materie stark unterstützt und geprägt.

Die Arbeitsgruppe stelle fest, dass die zwei von dieser Tagung behandelten Dokumente der globalen Ebene (Arbeitsdokumente EUR/RC64/20 und EUR/RC64/25) im Wesentlichen den Stand der Diskussionen vor der 67. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2014 zusammenfassten. Man hoffe, dass die bevorstehende Tagung der globalen Arbeitsgruppe im November 2014 ein konkretes Verfahren der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität ausarbeiten und anhand der tatsächlichen Haushaltszuweisungen überprüfen werde. Die Arbeitsgruppe sei auch der Ansicht, dass die Haushaltsimplikationen angenommener Resolutionen in den vier Segmenten explizit angezeigt werden sollten, weil sie den Spielraum für substanzielle Verschiebungen von Haushaltszuweisungen zwischen den größeren Büros erheblich einschränkten.

Die Arbeitsgruppe unterstrich, wie wichtig es sei, dass der PBAC und der Exekutivrat auf ihren Tagungen im Januar 2015 einen konkreten Vorschlag zur Beratung vorliegen hätten. Angesichts der Tatsache, dass die Arbeit mit der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität noch nicht vollendet sei, stand abschließend eine Empfehlung an den SCRC, eine Verlängerung des Mandats für die Arbeitsgruppe ins Auge zu fassen.

Delegierte mehrerer Mitgliedstaaten erkannten an, dass Probleme in der Vorbereitung des Entwurfs für den Programmhaushalt 2016–2017 entstehen könnten, weil die Auswirkungen der Unterteilung des Haushalts in operative Segmente noch nicht gänzlich untersucht worden seien. Das Sekretariat wurde gebeten, sich umfassend mit den Mitgliedstaaten zu beraten. In einer Wortmeldung wurde bezweifelt, dass eine von allen Regionen als fair betrachtete Lösung gefunden werden könne, da sich noch keiner der früheren Lösungsversuche mit rigiden Formeln als tragbar erwiesen habe. Es werde daher angeregt, den Entwurf für den Programmhaushalt 2016–2017 in der gleichen Weise anzugehen wie bisher, damit mehr Zeit für Konsultationen und die Ausarbeitung eines flexiblen Verfahrens für die Zuweisung von Haushaltskapazität bleibe.

In seiner Erwiderung bekräftigte der Beigeordnete Generaldirektor für Allgemeines Management, dass Reforminitiativen, über die Konsens bestehe (etwa die Aufteilung der Funktionen zwischen den drei Ebenen, die Kostenberechnung und die von unten nach oben verlaufende Planung), in die Erstellung des Entwurfs für den Programmhaushalt 2016–2017 einbezogen werden könnten. Er stimmte zu, dass es für die Organisation wichtig sei, Lehren aus früheren Haushaltszuweisungen zu ziehen. Zur Vorbereitung der Exekutivratstagung im Januar 2015 würden die Mitgliedstaaten in weitestmöglichem Umfang konsultiert.

## **Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren**

*(EUR/RC64/21, EUR/RC64/22)*

Der Leitende Berater im Büro der Generaldirektorin stellte fest, die WHO habe durch ihre Satzung den Auftrag erhalten, mit nichtstaatlichen Akteuren zusammenzuarbeiten, und habe dies auch stets angestrebt. Doch die Herausforderungen auf diesem Gebiet seien schon seit der ersten Weltgesundheitsversammlung erkennbar gewesen. Nun sei ein Prozess zur Reformierung dieser Zusammenarbeit in Gang gesetzt worden, bei dem nach Erörterung verschiedener Konzepte ein entsprechender Rahmen ausgearbeitet worden sei. Vor Erreichen einer umfassenden Einigung seien noch weitere Diskussionen und Überarbeitungen des Entwurfs erforderlich. In dem Entwurf des Rahmens würden konkrete Konzepte und operative Verfahren für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen, Privatunternehmen, gemeinnützigen Stiftungen und wissenschaftlichen Institutionen

erläutert, die jeweils auf fünf Arten von Interaktion (Beteiligung, Mittel, Evidenz, Überzeugungsarbeit, fachliche Zusammenarbeit) basierten. Nach der Annahme des Beschlusses WHA67(14) der Weltgesundheitsversammlung mit dem Entwurf des Rahmens für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren hätten die Mitgliedstaaten Fragen in Bezug auf Interessenkonflikte, Sorgfaltspflicht, die Beisteuerung von Finanzmitteln durch privatwirtschaftliche Akteure an die WHO, Abordnungen, die Anwendbarkeit von Bestimmungen für privatwirtschaftliche Akteure auf nicht privatwirtschaftliche Akteure sowie die offiziellen Beziehungen und die Grenzen einer Zusammenarbeit aufgeworfen. Die Regionalkomitees würden ersucht, den Fortschrittsbericht und den der 67. Weltgesundheitsversammlung in Dokument WHA/A67/6 vorgelegten Entwurf des Rahmens zu erörtern und der 68. Weltgesundheitsversammlung durch den Exekutivrat über ihre Beratungen Bericht zu erstatten.

Ein Delegierter Norwegens berichtete von einer informellen Konsultation am 14. September 2014, auf der die Mitgliedstaaten über den Entwurf des Rahmens für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren beraten hätten. Der nachstehend wiedergegebene Entwurf einer Erklärung über die Position der Europäischen Region zu der Thematik sei zwecks Aufnahme in den Bericht des Präsidenten der 64. Tagung des Regionalkomitees an den Exekutivrat ausgearbeitet worden:

„Die WHO und ihr guter Ruf sind uns teuer, und wir, die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, werden zusammen mit dem Sekretariat gewissenhaft darauf hinarbeiten, die Relevanz und Wirksamkeit ihrer Arbeit im 21. Jahrhundert zu erhalten. Mit diesem Ziel vor Augen und eingedenk unserer Bereitschaft zur Annahme des Entwurfs des Rahmens für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren auf der 67. Weltgesundheitsversammlung fordern wir eindringlich seine Annahme auf der 68. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2015.

Wir erkennen an, dass im Sinne einer größeren Klarheit noch weitere Verbesserungen u. a. in folgenden Bereichen möglich wären:

- Umgang mit Interessenkonflikten
- Verfahren und Zeitplan für die Evaluation.

Wir raten dringend davon ab, jedes Detail perfektionieren zu wollen, sondern empfehlen eine zügige Aufnahme der Arbeit in dem Vertrauen auf die Weisheit der leitenden Organe, die die Anwendung des Rahmens in der Praxis überwachen und ihn kontinuierlich verbessern können.

Wir würden uns freuen, wenn wir die aktualisierte Fassung des Rahmens bis zum 15. Dezember 2014 erhalten könnten, und bitten das Sekretariat, das Thema auf der für Mitte Dezember 2014 geplanten Informationssitzung zu behandeln, zu der die Mitgliedstaaten per Internet Zugang haben.“

Die Delegierten begrüßten die Bemühungen um mehr Transparenz in der Zusammenarbeit der WHO mit Partnerorganisationen und erkannten die Bedeutung der Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren im Kontext der Reformagenda der WHO an. Bereichsübergreifende Partnerschaften mit Regierungen wie auch nichtstaatlichen Akteuren seien bei der Gesundheitsförderung unverzichtbar. Nichtstaatliche Akteure stellten der Organisation oft in erheblichem Umfang freiwillige Beiträge ohne Zweckbindung zur Verfügung, und ihre Beteiligung an Anstrengungen zur Bewältigung komplexer Gesundheitsfragen werde Wissen und Sachverstand beisteuern und der WHO eine Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Akteuren in der globalen Gesundheitspolitik ermöglichen. Der Entwurf des Rahmens solle so bald wie möglich unter Festlegung eines Verfahrens für eine spätere Überarbeitung angenommen werden. Der Rahmen müsse flexiblen Charakter haben, sachgerecht sein und weiter den Erfordernissen aller Betroffenen gerecht werden. Ein besonderes Augenmerk müsse der Beherrschung der Gefahr von Interessenkonflikten, aber auch der Sorgfaltspflicht in Bezug auf Mittelbeschaffung und -zuweisung gelten. Die informelle Tagung habe die Gelegenheit geboten, die Position der Europäischen Region zu festigen und eine klare Botschaft zur Vorlage an den Exekutivrat zu verfassen; die daraus resultierende Erklärung habe die uneingeschränkte Unterstützung des Regionalkomitees.

Ein Vertreter der International Alliance of Patients' Organizations, der auch im Namen von Alzheimer's Disease International, der International Confederation of Midwives, der World Federation of Accupuncture-Moxibustion Societies, der World Federation of Occupational Therapists und der World Organization of Family Doctors Europe das Wort ergriff, verlas eine Erklärung. Eine weitere Erklärung wurde vom International Baby Food Action Network eingereicht.

Der Leitende Berater im Büro der Generaldirektorin dankte dem Regionalkomitee für sein konstruktives Vorgehen und seine Stellungnahme und erklärte, das Hauptbüro und die Regionalbüros der WHO arbeiteten gemeinsam intensiv an der Fertigstellung des Entwurfs des Rahmens. Einschlägige Hintergrundinformationen würden auf der Themenseite zur WHO-Reform zur Verfügung gestellt, die regelmäßig aktualisiert werde. An dem Aspekt Interessenkonflikte werde noch gearbeitet; er sei auch Gegenstand der bevorstehenden Informationssitzung. Der Zeitraum zwischen der Verteilung des überarbeiteten Entwurfs im Dezember 2014 und der Tagung des Exekutivrates im Januar 2015 biete eine hervorragende Gelegenheit für eine noch weiter gehende Verfeinerung des Entwurfs.

Der Exekutivpräsident lobte die Deutlichkeit und Entschlossenheit der Erklärung und versprach, sie in ihrer Gesamtheit in den Bericht des Präsidenten an den Exekutivrat aufzunehmen.

## Ansprache der Generaldirektorin der WHO



Die Generaldirektorin schilderte in ihrer Ansprache an das Regionalkomitee die Folgen des gegenwärtigen Ausbruchs von Ebola-Fieber in den westafrikanischen Ländern Guinea, Liberia und Sierra Leone, von dem auch andere Staaten Afrikas betroffen seien. So sei die Bevölkerung ganzer Dörfer entweder verstorben oder geflohen, Leichen blieben unbestattet liegen und die zurückgebliebenen Waisen könnten niemand finden, der sie aufnehmen wolle. Die Krankenhäuser seien überfüllt, und in manchen Gebieten sei die Gesundheitsversorgung gänzlich zusammengebrochen. Die Zahl der neuen Fälle nehme exponentiell zu, und bisher hätten sich fast 300 Gesundheitsfachkräfte infiziert, von denen etwa die Hälfte gestorben seien, wodurch die bereits zuvor geringe Reaktionsfähigkeit der betroffenen Länder noch weiter geschwächt worden sei.

Der Ausbruch verdeutliche die wachsenden sozialen und ökonomischen Ungleichheiten in einer Welt, in der die Reichen die bestmögliche Gesundheitsversorgung erhielten, während die Armen dem Tod überlassen würden. Angst, Panik und Gerüchte verbreiteten sich fast schneller als das Virus selbst und verschärften bestehende soziale Spannungen und ökonomische Verluste weit über die unmittelbar betroffenen Länder hinaus. Die Gesellschaften des 21. Jahrhunderts seien in einem nie da gewesenen Maße miteinander verbunden und voneinander abhängig; dies bedeute, dass eine Bedrohung für eine Gesellschaft auch eine potenzielle Gefahr für den Rest der Welt darstelle.

Im Gesundheitsbereich hätten Jahrzehnte der Nachlässigkeit in Bezug auf die Gesundheitssysteme und die grundlegende Gesundheitsversorgung dazu geführt, dass die Bevölkerung jegliche Widerstandsfähigkeit gegen widrige Gesundheitsereignisse verloren habe. Auch die Mortalität infolge nicht durch den Ausbruch bedingter Erkrankungen habe in den betroffenen Gebieten zugenommen. Obwohl das Ebola-Virus fast 40 Jahre zuvor entdeckt worden sei, gebe es immer noch weder einen Impfstoff noch eine wirksame Therapie, denn der Anreiz zur Erforschung einer Krankheit, die primär in einigen armen Ländern Afrikas auftrete, sei denkbar gering. Eine gewinnorientierte Industrie investiere

nicht in Produkte für Märkte, die nicht bezahlen können. Die Beratende Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung (CEWG) habe sich lange bemüht, für eine Problematik zu sensibilisieren, die nun endlich die Schlagzeilen erreicht habe.

Deshalb sei es besorgniserregend, dass so viele Mitgliedstaaten die nach den IGV vorgeschriebenen Kernkapazitäten erst noch einrichten müssten. Die WHO müsse weiter auf die Aufnahme von Gesundheit und Gesundheitssystemen in die Entwicklungsagenda nach 2015 drängen und im Rahmen der Reform der Organisation eine Reihe interner Schwächen beseitigen. Dennoch könne die WHO auch sehr schnell und wirksam agieren. So habe sie zwei Wochen zuvor die weltweit führenden Experten zu Beratungen über den Einsatz klinisch noch ungetesteter Medikamente und Impfstoffe an einen Tisch gebracht. Die Erprobung der Impfstoffe gegen das Ebola-Virus an menschlichen Freiwilligen habe bereits begonnen, und es sei zu hoffen, dass gegen Ende 2014 zwei Impfstoffe bereit für eine allmähliche Einführung seien. Außerdem seien Anstrengungen im Gange, in einem möglichst schnellen und sicheren Prozess etwa zehn neue Medikamente zu entwickeln.

Abschließend ging die Generaldirektorin auf die Vielzahl anderer wichtiger Gesundheitsthemen auf der Tagesordnung des Regionalkomitees ein, darunter „Gesundheit 2020“, nichtübertragbare Krankheiten, Immunisierung und mehr Investitionen in Kinder und Jugendliche. Als weitere Themen von besonderem Interesse für die Europäische Region nannte sie antimikrobielle Resistenz, Virushepatitis und den Endspurt zur Eliminierung der Poliomyelitis.

Die Delegierten brachten ihre Besorgnis angesichts des Ebola-Ausbruchs in Afrika sowie ihr Mitgefühl für die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen und die vor Ort tätigen humanitären Helfer und Gesundheitsfachkräfte zum Ausdruck. Sie begrüßten den von der WHO erstellten Fahrplan für die Reaktion auf den Ebola-Ausbruch und die Ernennung eines leitenden Koordinators des Systems der Vereinten Nationen für die Bekämpfung der Ebola-Viruskrankheit und hoben die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen der Vereinten Nationen hervor.

Der Ausbruch veranschauliche bestens, wie wichtig Investitionen in belastbare Gesundheitssysteme sowie Ausbildung und Schutz des Gesundheitspersonals seien. Die Verkehrsverbindungen zu den betroffenen Gebieten müssten aufrechterhalten und ggf. wiederhergestellt werden, um den Ausbruch wirksam bekämpfen und die negativen Auswirkungen auf die betroffenen Volkswirtschaften so gering wie möglich halten zu können. Eine vollständige Umsetzung der IGV, insbesondere in den Nachbarländern der gegenwärtig betroffenen Staaten, werde dazu beitragen, die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen. Langfristig könnten Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen entscheidend zur erfolgreichen Bekämpfung des Ebola-Virus und anderer Krankheitserreger beitragen.

Zwar bleibe Gesundheit primär eine Zuständigkeit der nationalen Regierungen, doch könne die WHO wertvolle Sachkompetenz sowie Vernetzungs- und Koordinierungsmöglichkeiten beisteuern, um ihnen bei der Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen behilflich zu sein. Die Welt brauche eine starke WHO, die schnell handeln könne und die nicht zögere, veraltete und ineffiziente Strukturen und Verfahren durch geeignetere zu ersetzen.

Ein Delegierter, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, berichtete, die EU habe im August 2014 insgesamt 11,9 Mio. € zur Verfügung gestellt, denen nun ein weiteres Paket im Umfang von 140 Mio. € folge, das für die Patientenversorgung, die Unterstützung des Gesundheitspersonals, die Ermittlung von Kontaktpersonen und die Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme bestimmt sei. Am 15. September 2014 habe in Brüssel eine hochrangige Tagung der Europäischen Union über Ebola-Fieber stattgefunden.

Andere Delegierte erklärten, die Schwere des Ausbruchs dürfe nicht von anderen wichtigen Gesundheitsthemen ablenken. Zu diesen gehörten: die antimikrobielle Resistenz, die Gegenstand einer Ministerkonferenz mit dem Titel „Gemeinsam für mehr Gesundheit“ (Den Haag, 25.–26. Juni 2014)

gewesen sei; die WHO-Reform, insbesondere die Problematik der Beziehungen mit nichtstaatlichen Akteuren; und der nicht diskriminierende Zugang zur Gesundheitsversorgung, unter besonderer Schwerpunktlegung auf Angebote für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender.

Die Generaldirektorin dankte der EU und den Mitgliedstaaten, die humanitäre Hilfe zugesagt hätten. Der Flugverkehr und andere Verkehrsverbindungen mit den betroffenen Ländern seien fast vollständig unterbrochen, was zu schweren ökonomischen Verlusten geführt und die Lieferung lebensrettender medizinischer und humanitärer Hilfsgüter verhindert habe. Sie dankte dem Präsidenten Ghanas dafür, dass er den Flughafen von Accra wieder für humanitäre Flüge geöffnet habe. Ein weiteres ernstes Problem liege in dem Mangel an Gesundheitsfachkräften, die nicht nur ausreichend geschult, sondern auch genügend diszipliniert seien, um die notwendigen persönlichen Infektionsschutzmaßnahmen durchzuführen – ein Problem, das möglicherweise durch die Stationierung militärischen Gesundheitspersonals behoben werden könne.

Die WHO könne hierbei fachliche Anleitung geben, doch die Mitgliedstaaten müssten der Organisation vertrauen und ihr Handlungsfreiheit lassen. Die Arbeit des CEWG bringe zwangsläufig eine Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren (u. a. der pharmazeutischen Industrie) mit sich. Deshalb müsse unbedingt ein Rahmen für diese Zusammenarbeit gefunden werden, der den Mitgliedstaaten die Gewissheit vermittele, dass es keinen Interessenkonflikt geben werde.

## Verleihung der Preise der WHO zum Weltnichtrauchertag



Die Regionaldirektorin erklärte, die WHO zeichne bei ihrer jährlichen Preisverleihung jeweils Personen oder Organisationen in jeder ihrer sechs Regionen aus, die sich im Kampf gegen den Tabakkonsum besonders verdient gemacht hätten. Dem turkmenischen Präsidenten sei bereits die Sonderauszeichnung der Generaldirektorin der WHO verliehen worden, und der Premierminister der Republik Moldau erhalte einen Preis der Europäischen Region zum Weltnichtrauchertag in Anerkennung der Einführung weitreichender Gesetze zur Bekämpfung des Tabakkonsums.

Die Generaldirektorin übergab Preise zum Weltnichtrauchertag 2014 auch an die Europäische Kommission sowie an die Präsidentschaften Irlands und Litauens im Rat der Europäischen Union und erkannte damit deren engagierte Überzeugungsarbeit für eine Überarbeitung der EU-Richtlinie für Tabakerzeugnisse (2014/40/EU) an, die gegen den erbitterten Widerstand der Tabakindustrie erfolgt sei. Bei der Entgegennahme der Auszeichnung machte der ehemalige litauische Gesundheitsminister Dr. Andriukaitis auf die Problematik des zunehmenden Konsums elektronischer Zigaretten aufmerksam und versprach, auf diesem Gebiet eng mit der WHO zusammenzuarbeiten.



## Erster Bericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020



(EUR/RC64/8 Rev.2)

Den Teilnehmern wurde ein kurzer Film über „Gesundheit 2020“ gezeigt, der als Bestandteil des Pakets für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auf der Website des Regionalbüros eingestellt werden soll.

Die Regionaldirektorin berichtete über die Umsetzung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ im Zeitraum 2012–2014. Das Regionalbüro habe mit den Ländern an der Aktualisierung der nationalen Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne gearbeitet, um sie an dem neuen Rahmenkonzept auszurichten. Durch Kapazitätsaufbau und Unterstützung sei das Bewusstsein von „Gesundheit 2020“ und von den zugrunde liegenden Erkenntnissen und Empfehlungen gefördert worden, die aus Forschungsaktivitäten des Regionalbüros erwachsen seien. Drei größere Studien seien veröffentlicht worden: über die sozialen Determinanten von Gesundheit, über Politikgestaltung und Steuerung für mehr Gesundheit und über die Ökonomie der Krankheitsprävention.

Die Regionaldirektorin berichtete, sie sei mit zahlreichen hochrangigen Regierungsvertretern zu Gesprächen über Gesundheit aus einer gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Perspektive zusammengetroffen. Das Regionalbüro habe seine Beziehungen mit internationalen Partnern wie Organisationen der Vereinten Nationen und Institutionen der EU, mit globalen Gesundheitspartnerschaften wie der GAVI-Allianz und dem Globalen Fonds sowie mit nichtstaatlichen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft vertieft.

Der Direktor der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden erklärte, schöne Worte seien nichts wert, wenn sie nicht in die Tat umgesetzt würden. Der Aufbau von Kapazitäten innerhalb der Organisation und in den Ländern habe vor allem darauf abgezielt, einen flexiblen Ansatz für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu schaffen, sodass die Mitgliedstaaten von ihren unterschiedlichen Ausgangspositionen aus in kohärenten Rahmen und mit umfassenden Lösungsansätzen ihren Weg finden würden. Er forderte die Mitgliedstaaten eindringlich auf, an all jene zu denken, die sich außerhalb der Reichweite von Institutionen und Politik befänden und somit ungehört blieben. Der anhaltende Führungswille und die Entschlossenheit zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“, die er erlebe, gäben Anlass zu Optimismus.

Ein Mitglied des SCRC berichtete, die unter seinem Vorsitz stehende Arbeitsgruppe für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sei eingesetzt worden, um die Fortschritte bei der Umsetzung des Rahmenkonzepts zu prüfen, und habe bisher insgesamt drei Sitzungen abgehalten. Ihre Arbeitsschwerpunkte seien ressortübergreifende Maßnahmen, nationale Gesundheitspolitik, die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste im Rahmen von „Gesundheit 2020“ und ihre Entbürokratisierung gewesen. Allein schon der Umfang der vielfältigen Aktivitäten des Regionalbüros sei beeindruckend gewesen, und die starke Führungskompetenz der Regionaldirektorin habe sich auf alle Aspekte der Arbeit des Regionalbüros ausgewirkt. Zu den größeren Investitionen in die Stärkung der Kapazitäten des Regionalbüros zur verstärkten Umsetzung von „Gesundheit 2020“ hätten Schulungen für die Leiter der Länderbüros und die Einsetzung einer Gruppe akkreditierter Berater gehört. Gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze, die auf die Politikbereiche Bildung, Finanzen und Soziales abzielten, seien von großer Bedeutung. Die Einführung von Fahrplänen für die Länder mit einer hilfreichen Typologie nationaler Gesundheitskonzepte und wichtiger strategischer



Eintrittspunkte sei besonders zu begrüßen, und die Arbeit zur Stärkung der Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit verlaufe ermutigend. Die Arbeitsgruppe sei auch dankbar dafür, dass sie über den Prozess der Fertigstellung der Indikatoren für „Gesundheit 2020“ auf dem Laufenden gehalten worden sei.

In der anschließenden Aussprache stimmten die zahlreichen Delegierten, die das Wort ergriffen, in Bezug auf den Nutzen von „Gesundheit 2020“ überein und zeigten sich dankbar für die vielfältige Unterstützung, die sie von der WHO erhalten hätten. Die Länder beschränkten bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ unterschiedliche Wege und verfolgten unterschiedliche Prioritäten, die von ihren jeweiligen Rahmenbedingungen abhängig seien. Manche hätten ihren Schwerpunkt auf die Ausarbeitung einer allumfassenden nationalen Gesundheitspolitik oder auf die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten gelegt, andere berichteten von Fortschritten in ihren Gesundheitssystemen, ihren öffentlichen Gesundheitsdiensten oder bei der Krankenhausreform, wieder andere hätten erstmals eine allgemeine Gesundheitsversorgung hergestellt. Die überwältigende Mehrzahl der Redner schilderte, wie „Gesundheit 2020“ ihre nationalen Gesundheitsstrategien und in vielen Fällen sogar Strategiedokumente in anderen Politikbereichen wesentlich beeinflusst habe.

Zahlreiche Delegationen berichteten von der Einrichtung gesamtstaatlicher Ausschüsse als Mittel zur Förderung ressortübergreifender Lösungsansätze im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wobei einige Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure vorantrieben. Es wurde angeregt, dass der Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ als ein nützliches Instrument zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ dienen könne.

An der ersten Hochrangigen Tagung kleiner Länder (San Marino, 3.–4. Juli 2014) hätten acht Länder der Europäischen Region der WHO mit einer Bevölkerung von jeweils unter zwei Millionen sowie die Regionaldirektorin teilgenommen. Viele von ihnen hätten ihre positive Einstellung zu „Gesundheit 2020“ als einem Rahmen für die Gestaltung aller Arten politischer Konzepte (und nicht nur von Gesundheitsplänen) zum Ausdruck gebracht. Die acht Länder hätten vereinbart, die aufgrund ihrer Bevölkerungsgröße ähnlichen Herausforderungen gemeinsam intensiv anzugehen, und seien entschlossen, „Gesundheit 2020“ umzusetzen, Kapazitäten für Veränderungen aufzubauen und aus ihren Erfahrungen zu lernen und damit Lücken in der internationalen Fachliteratur über Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik zu schließen, zumal kleine Länder hier bisher weitgehend unberücksichtigt blieben.

Redner aus mehreren Mitgliedstaaten unterstrichen die Bedeutung der 11. Nordischen Konferenz für Gesundheitsförderung, die in der Annahme der Erklärung von Trondheim gemündet habe. Darin seien in Anlehnung an „Gesundheit 2020“ folgende Schwerpunktbereiche genannt worden: Ansetzen an den grundlegenden Ursachen von Gesundheit und Wohlbefinden; interaktive Politiksteuerung und echtes Engagement für die Umsetzung in die Praxis; eine umfassende Erkenntnis- und Wissensgrundlage; und sozial nachhaltige Gemeinschaften und die Entwicklung gesunder Gemeinschaften. Beim Abbau von Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Sozialleistungen seien noch weitere Fortschritte erforderlich. Ungleichgewichte in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden seien keineswegs unvermeidbar, sondern könnten durch politische Entscheidungen beeinflusst werden.

Mehrere Delegierte sprachen von der Notwendigkeit, den Themenkomplex Migration und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Migration bedeute für viele Mitgliedstaaten in der Europäischen Region eine große Belastung der Gesundheitskapazitäten und stehe in engem Zusammenhang mit Ungleichheiten im Gesundheitsbereich. Maßnahmen zugunsten der Gesundheit von Migranten machten eine Stärkung der Kapazitäten im Gesundheitswesen und einen gesamtstaatlichen Ansatz erforderlich. Deshalb müssten die Länder der Europäischen Region sich mit dem Themenbereich Migration und Gesundheit im Rahmen von „Gesundheit 2020“ auseinandersetzen. Die Einrichtung eines Referats für öffentliche Gesundheit und Migration beim Europäischen Büro der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung in Venedig sei hier ein Schritt in die richtige Richtung. Ein Delegierter forderte die Einrichtung einer Sonderarbeitsgruppe für Migration und Gesundheit. In einer anderen Wortmeldung wurde vorgeschlagen, Migration und Gesundheit als Thema von besonderem Interesse auf die Tagesordnung

der nächsten Tagung des Regionalkomitees zu setzen. Mehrere Delegationen wiesen auch auf die Bedeutung der Bezahlbarkeit von Arzneimitteln hin. Ein Delegierter sprach von der Charta von Tallinn im Kontext der Reform der Gesundheitssysteme und zeigte sich erfreut über die Unterstützung im Bereich des Grundsatzdialogs, etwa auf dem Gebiet der Reform des Krankenhauswesens.

Anschließend wurde je eine Erklärung der International Federation of Medical Students' Associations und der International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations abgegeben. Schriftliche Erklärungen wurden von EuroHealthNet, der International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, der World Confederation for Physical Therapy und der World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies eingereicht.

Der Leiter des Europäischen Büros der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung sagte, „Gesundheit 2020“ habe seine Umsetzungstauglichkeit bewiesen und werde durch die Mitgliedstaaten in unterschiedlicher Weise umgesetzt. „Gesundheit 2020“ habe sich als ebenso notwendiger wie nützlicher Rahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und zur Leistungssteigerung der Einrichtungen in der Europäischen Region bewährt. Es seien Interessante neue Formen der Partnerschaft, des Austausches und der Zusammenarbeit geschaffen worden, die sich für die Ausbildung von Know-how in Schlüsselbereichen als zentral erweisen würden, etwa was gesamtstaatliche, gesamtgesellschaftliche und ressortübergreifende Ansätze zur Bewältigung gesundheitlicher Ungleichgewichte betreffe. Der WHO falle eine Schlüsselrolle dabei zu, durch systematischen Erfahrungsaustausch eine neue Dynamik der Zusammenarbeit zu ermöglichen. Um eine auch künftig wirksame Umsetzung von „Gesundheit 2020“ zu gewährleisten, seien koordinierte und integrierte Bemühungen der Akteure verschiedener Ebene der Politikgestaltung (regional, national und lokal) erforderlich. Die Zeit sei reif für eine Konferenz zur Erörterung der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ mit Beteiligung der maßgeblichen Akteure aus allen Politikbereichen und staatlichen Ebenen. Eine solche Veranstaltung werde es ermöglichen, „Gesundheit 2020“ als ein unabdingbares Element der auf Chancengleichheit und Nachhaltigkeit angelegten Entwicklungsagenda und als ein gestaltendes Instrument in der Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden zu propagieren.

Die Direktorin des Programms für globale Gesundheit am Institute of International and Development Studies in Genf sagte, „Gesundheit 2020“ bezeuge die grundlegende Veränderung, die seit der Einführung der ersten Gesundheitsziele in der Europäischen Region stattgefunden habe, und stehe für eine qualitative Umgestaltung der Gesundheitspolitik. Die Mitgliedstaaten entwickelten inzwischen partizipatorische Konzepte für Gesundheit, und angesichts systemischer Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden gebe es auch mehr politischen Rückenwind in der Region. Gesundheit müsse als gemeinsames Interesse des gesamten Staates und der gesamten Gesellschaft propagiert werden. Da viele der aktuellen Gesundheitsprobleme ein Nebenprodukt der Lebensweisen seien, müssten die sozialen Determinanten von Gesundheit in Verbindung mit den politischen und ökonomischen Determinanten betrachtet werden. Es müsse angestrebt werden, in die Gesundheitskompetenz der Parlamentsmitglieder und Entscheidungsträger zu investieren, damit die demokratischen Institutionen der Gesundheit die Aufmerksamkeit zuteil werden ließen, die sie verdiene.

Die Regionaldirektorin begrüßte die positiven Rückmeldungen der Mitgliedstaaten zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“. Ihre überwältigende Unterstützung zeige, wie dringend notwendig „Gesundheit 2020“ für die Europäische Region gewesen sei. Sie stimme zu, dass es an der Zeit sei, eine Konferenz zur Vertiefung der Diskussion über die Umsetzung zu organisieren. Diese Anregung solle aufgegriffen und dem SCRC zur Beratung der weiteren Schritte vorgelegt werden. In Bezug auf das Thema Migration und Gesundheit habe das Europäische Büro der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung ein Projekt initiiert, das von der italienischen Regierung finanziert werde, und es werde an einem Konsens über einen Tagesordnungspunkt gearbeitet, damit es auf einer künftigen Tagung des Regionalkomitees behandelt werden könne. Sie versicherte den Mitgliedstaaten, dass allen vorrangigen Bereichen aus „Gesundheit 2020“ hinreichend Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Der Direktor der Abteilung für Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden sagte, die Beispiele für die erfolgreiche Umsetzung von „Gesundheit 2020“ seien für das Regionalbüro eine große Ermutigung. Angesichts des wachsenden Bedarfs der Mitgliedstaaten an Unterstützung und Beratung werde das Regionalbüro mehrere Initiativen einleiten, hierunter Bildungsseminare für Führungskräfte über den gesamtstaatlichen Ansatz. Diese Initiativen böten auch eine Chance, die Umsetzung der Empfehlungen zu unterstützen, die aus der Untersuchung über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO hervorgegangen seien.

## Wahlen und Nominierungen

*(EUR/RC64/7, EUR/RC64/7 Add.1, EUR/RC64/R3)*

Das Regionalkomitee tagte in geschlossener Sitzung, um einen Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors für Europa und vier Kandidaten für eine Mitgliedschaft im Exekutivrat zu nominieren und vier Mitglieder für den SCRC, ein Mitglied für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion und ein Mitglied für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten zu nominieren.

### **Nominierung für das Amt des WHO-Regionaldirektors für Europa**

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R3 und nominierte damit Zsuzsanna Jakab für eine weitere Amtszeit als Regionaldirektorin für Europa.

Die Regionaldirektorin sagte, sie sei durch diese Nominierung für eine zweite Amtszeit zutiefst bewegt und geehrt. Sie würdigte die gemeinsamen Erfolge ihres Leitungsteams und aller Bediensteten in der Europäischen Region und sagte, sie wolle das Regionalbüro als Kompetenzzentrum fortentwickeln und mehr Gesundheit für Europa erreichen – und dies im Rahmen von Chancengleichheit und Nachhaltigkeit.

Die Generaldirektorin dankte den Mitgliedstaaten für den Vertrauensbeweis an die Regionaldirektorin und versicherte ihrerseits, dass die Mitglieder der Global Policy Group als Wahlbeamte, denen die Verantwortung für die Leitung der Organisation und ihre Modernisierung gemäß den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts übergeben worden sei, weiterhin alles geben würden, um sich ebenfalls das Vertrauen und den Respekt der Mitgliedstaaten zu sichern.

Mehrere Delegierte gratulierten der Regionaldirektorin zu ihrer Nominierung. Im Januar 2010 habe sie in ihrer ersten Ansprache als Regionaldirektorin für Europa vor dem Exekutivrat zugesagt, das Regionalbüro zu einem starken, angesehenen und evidenzbasierten Kompetenzzentrum für innovatives Handeln im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie zu einer führenden Organisation für Gesundheitspolitik in der Europäischen Region zu machen, die auf die Bedürfnisse ihrer Mitgliedstaaten wirksam zugeht. Erhebliche Fortschritte seien in dieser Hinsicht bereits erzielt worden, und die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region glaubten fest daran, dass die Hoffnungen der Regionaldirektorin in Bezug auf das Regionalbüro in den kommenden fünf Jahren unter ihrer

kompetenten Leitung in Erfüllung gingen. Sie sagten der Regionaldirektorin weitere Unterstützung für die Ausübung ihres erneuerten Mandats zu.

Der Exekutivpräsident informierte das Regionalkomitee, dass der Vorsitzende der Regionalen Beurteilungskommission folgende Betrachtungen angestellt habe:

- In Bezug auf das Anforderungskriterium „gesund“ zur Kandidatur für das Amt des Regionaldirektors sei die Kommission der Ansicht, dass es entweder gelöscht oder aber durch die eine obligatorische ordnungsgemäße medizinische Begutachtung ersetzt werden solle, die mit der zum Wahlverfahren für das Amt des Generaldirektors vereinbar sei.
- Was die Besetzung der Regionalen Beurteilungskommission angehe, sei die Kommission der Ansicht, dass eine Änderung der betreffenden Regeln in Betracht gezogen werden solle, damit die Kommission künftig aus sechs (6) Mitgliedern bestehe und zur Beschluss- und Geschäftsfähigkeit drei (3) Mitglieder erforderlich seien.
- Zur Frage zeitlich begrenzter mündlicher Vorträge durch die Kandidaten sei die Gruppe der Ansicht, dass unabhängig von der Zahl der Kandidaturen, also auch im Falle nur einer Kandidatur, generell die Möglichkeit bestehen solle, im Interesse eines ordnungsgemäßen Verfahrens und der Transparenz die Vorträge vor allen Mitgliedstaaten zu halten.

Das Regionalkomitee stimmte zu, dass der SCRC sich mit den Anregungen der Regionalen Beurteilungskommission befassen solle, damit gegebenenfalls Empfehlungen zur möglichen Annahme durch das Regionalkomitee auf dessen 65. Tagung im Jahr 2015 vorgelegt werden könnten.

## **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee beschloss, dass Frankreich, Kasachstan, Malta und Schweden sich auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 um die Mitgliedschaft im Exekutivrat bewerben und zur Wahl stellen sollten.

## **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte Deutschland, Portugal, Rumänien und Turkmenistan für eine dreijährige Amtszeit von September 2014 bis September 2017 zu Mitgliedern des SCRC.

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

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung über die administrative Struktur des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion wählte das Regionalkomitee Spanien für eine am 1. Januar 2015 beginnende dreijährige Amtszeit als Mitglied in den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms.

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

Gemäß Ziffer 2.2.2 der Vereinbarung über Organisation und Fachstruktur des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten wählte das Regionalkomitee

einvernehmlich die Republik Moldau für eine am 1. Januar 2015 beginnende vierjährige Amtszeit als Mitglied in den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms.

## Ergebnisse der hochrangigen Konferenzen

### **Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Folgetagung zur Charta von Tallinn von 2008 (Tallinn, Estland, 17.–18. Oktober 2013)**

*(EUR/RC64/9)*

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit dankte Estland dafür, dass es so ausdauernd die Fackel für die Stärkung der Gesundheitssysteme trage. Die Folgetagung habe den Mitgliedstaaten und den maßgeblichen Partnerorganisationen die Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch geboten. Als wichtigste Themen hätten sich folgende ergeben: bürgernahe, koordinierte bzw. integrierte Versorgungsmodelle; Gesundheitspersonal; und die Stärkung des Aspekts der öffentlichen Gesundheit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, einschließlich im Strafvollzug. Für eine systemweite, grundlegende Veränderung sei ein ganzheitlicher Ansatz erforderlich: Dazu müssten bürgernahe Gesundheitssysteme eingerichtet werden, die nachhaltig, widerstandsfähig und bezahlbar seien, was vor allem vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung und der hohen Kosten für Medikamente von Bedeutung sei. Der Europäischen Region mangle es nicht an Ideen zum Handeln, und die Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit sei nun dabei, Grundsatzoptionen für die Herbeiführung grundlegender Veränderungen auszuarbeiten. Für die grundlegenden gesundheitspolitischen Funktionen sei ein überarbeitetes Instrument zur Selbstbewertung entwickelt worden, und im Oktober 2014 werde ein russisches Forschungsinstitut als WHO-Kooperationszentrum für öffentliche Gesundheit eingeweiht.

Ein Mitglied des SCRC erklärte, dass trotz der veränderten ökonomischen und demografischen Rahmenbedingungen sowie der Krankheitslast, unter denen die Gesundheitssysteme nun arbeiteten, die Charta von Tallinn nach wie vor die dauerhafte Zukunftsvision und die Anleitung darstelle, die die Mitgliedstaaten benötigten. Die Mitglieder des SCRC seien entschlossen, aktiv an der Entwicklung des Abschlussberichts über die Umsetzung der Charta von Tallinn, eines Dokuments mit dem Titel „Das weitere Vorgehen bei der Stärkung der Gesundheitssysteme bis zum Jahr 2020“ sowie einer Resolution mit Erläuterung der Prioritäten der Mitgliedstaaten für die Gesundheitssysteme und die Rolle der WHO mitzuwirken. Der SCRC habe eine Kerngruppe eingerichtet, die bei der Überwachung von Fortschritten in der Umsetzung der Charta von Tallinn und bei der Ausarbeitung des Abschlussberichts behilflich sein werde.

Zahlreiche Delegierte dankten Estland für die Ausrichtung der Konferenz und hoben hervor, wie die Charta von Tallinn dazu beitrage, den Gesundheitssystemen einen dauerhaft hohen Stellenwert auf der Tagesordnung der Europäischen Region zu sichern. Viele Delegationen schilderten auch, wie die Charta von Tallinn in ihren Ländern dazu beigetragen habe, die nationale Politik und die Reformen der Gesundheitssysteme umzusetzen, und zeigten sich dankbar für die vielfältige fachliche Unterstützung durch die WHO. Der Delegierte des Gastlandes bedankte sich bei all jenen, die die Konferenz vorbereitet

und an ihr teilgenommen hätten, und zeigte sich erfreut darüber, dass die in der Charta von Tallinn eingegangenen sieben Verpflichtungen aktiv umgesetzt würden.

Die globale Finanzsituation bringe Sachzwänge mit sich, doch die Dringlichkeit und der Impuls, die von der Finanzkrise ausgingen, stellten auch eine Chance dar, Reformen durchzusetzen. Mehrere Delegierte schilderten die Fortschritte, die bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung in ihren Ländern erzielt worden seien. Sie diene nicht nur dazu, Menschen vor Armut zu bewahren, sondern trage auch dazu bei, die Länder vor den makroökonomischen Kosten einer unzureichenden Sozialversicherung zu schützen. Sparmaßnahmen sollten nicht einseitig darauf abzielen, Gesundheitsetats zu kürzen, sondern auch dazu beitragen, finanziell lebensfähige, gut organisierte und solide geführte Gesundheitssysteme zu schaffen. Ferner müsse die Frage beantwortet werden, wie eine wachsende Nachfrage mit begrenzten Ressourcen gedeckt werden könne.

Die Analyse der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme (HSPA) sei ein wichtiges Instrument zur Erfüllung der Verpflichtung zur Rechenschaftslegung. Deshalb müssten die entsprechenden Kapazitäten beim Regionalbüro wie auch in den Mitgliedstaaten gestärkt werden. Eine Delegierte zeigte sich besonders beeindruckt von der Arbeit zur Verknüpfung des Tallinn-Prozesses mit „Gesundheit 2020“ und anderen groß angelegten Initiativen. Sie appellierte an die Europäische Region der WHO, im Hinblick auf die Stärkung von Gesundheitssystemen in anderen Teilen der Welt Unterstützungsarbeit zu leisten. Die Anstrengungen zur Einbindung der Mitgliedstaaten in die Ausarbeitung des Abschlussberichts zu einem so frühen Zeitpunkt wurden ebenso begrüßt wie die Einrichtung einer Kerngruppe.

Die Ergebnisse einer von Litauen im November 2013 im Rahmen seiner Präsidentschaft im Rat der Europäischen Union organisierten Konferenz stünden im Einklang mit der Charta von Tallinn und „Gesundheit 2020“. Der Grundsatzdialog der baltischen Staaten stelle einen systematischen Beitrag zu den gesundheitspolitischen Gestaltungsprozessen dar. Ein chancengleicher allgemeiner Zugang zur Gesundheitsversorgung könne nur durch Stärkung der primären Versorgung verwirklicht werden; die Standfestigkeit dieses Modells in Krisenzeiten sei nachgewiesen. Für Oktober 2014 sei im Anschluss an die Eröffnung des neuen WHO-Kooperationszentrums in Moskau eine Tagung der russischsprachigen Länder der Europäischen Region geplant, um die langfristigen Pläne für die Zusammenarbeit zu erörtern und um den regionsweiten Aktionsplan für die Stärkung der Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit in der Teilregion zu verwirklichen.

Die Sicherung der benötigten Gesundheitsfachkräfte sowie einer ausreichendem und nachhaltigen Finanzierung sei von entscheidender Bedeutung. Auch das Thema faire Arzneimittelpreise müsse angesprochen werden, z. B. durch Prüfung von Möglichkeiten, wie die pharmazeutische Industrie ihre Kosten senken könne. Ein Delegierter erklärte, die Idee des „Stewardship“ sei implizit in der Charta von Tallinn angelegt, und er sehe der Ingangsetzung des Fahrplans hin zu integrierten Gesundheitsangeboten mit Erwartung entgegen. Vielgestaltige Probleme erforderten vielschichtige Lösungen. Eine andere Delegierte stellte einen historischen Kontext her, indem sie an die erste Konferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 1996 erinnerte. Auch wenn die zentralen Werte seitdem unverändert geblieben seien, so gebe es doch für die Länder inzwischen mehr Gründe für eine Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitssysteme und der Leistungserbringung.

Ein Delegierter, der im Namen der zehn Mitgliedstaaten des SEEHN sprach, wies darauf hin, dass die Werte und Grundsätze der Charta von Tallinn sich auch in auf der subregionalen Ebene eingegangenen Verpflichtungen widerspiegeln. Zu den Prioritäten gehörten: die Stärkung der Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung; die Stärkung der Institutionen und die Verbesserung der bereichsübergreifenden Steuerung des Gesundheitswesens auf allen Ebenen; die Vereinheitlichung und Ausdehnung der öffentlichen Gesundheit über Grenzen hinweg; und die Stärkung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen, einschließlich der Harmonisierung der Qualifikationen für die Gesundheitsberufe in der gesamten Teilregion. Er berichtete auch, dass das Sekretariat des SEEHN inzwischen autark sei.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit lobte die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme und der Gewährleistung ihrer künftigen Tragfähigkeit. Das Regionalbüro werde auch weiterhin Unterstützungsarbeit leisten und ein Forum für die Zusammenarbeit bilden. Die Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen solle nicht eine einmalige Angelegenheit sein, sondern müsse in allen Politikbereichen verankert werden. Er unterstrich die Bedeutung der Verknüpfung zwischen der primären Gesundheitsversorgung und der Bekämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Krankheitslast und hob hervor, dass die neuen ausgelagerten Fachzentren in Kasachstan und der Russischen Föderation eine Koordinierung der Bemühungen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten gewährleisten.

Die Regionaldirektorin stellte fest, die Folgetagung habe dazu beigetragen, die verschiedenen Aspekte der Gesundheitssysteme so miteinander zu verknüpfen, dass deren Verantwortlichkeit für gesundheitliche Resultate stärker zur Geltung komme. Sie nahm Kenntnis von der Notwendigkeit, die Unterstützung für die Gesundheitssysteme auch auf Länder in anderen WHO-Regionen auszudehnen, und erklärte, das WHO-Regionalbüro für Europa arbeite an einer neuen Methodik, bei der die Bewertung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme an „Gesundheit 2020“ ausgerichtet werde.

### **Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung (Almaty, Kasachstan, 6.–7. November 2013)**

*(EUR/RC64/10)*

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit unterstrich die Bedeutung einer starken primären Gesundheitsversorgung als Eckstein des Gesundheitssystems und lobte die kontinuierlichen Bemühungen Kasachstans auf globaler Ebene, das Engagement in diesem Sinne zu fördern. Die internationale Jubiläumskonferenz habe eine Gelegenheit geboten, die schnellen Veränderungen der Arbeitsweise von Gesundheitssystemen zu würdigen. Dieser Wandel mache ein Überdenken des Konzepts der primären Gesundheitsversorgung sowie einen Übergang zu umfassenden und integrierten personenzentrierten Angeboten erforderlich. Die primäre Gesundheitsversorgung müsse mit Interventionen zugunsten der öffentlichen Gesundheit sowie mit ressortübergreifenden Interventionen koordiniert werden, die beide bessere Gesundheitsergebnisse und den Abbau von Ungleichgewichten bezweckten und dafür die sozialen Determinanten von Gesundheit in Angriff nähmen, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu erreichen und „Gesundheit 2020“ zu verwirklichen.

Auf der Konferenz hätten Mitgliedstaaten ihre erfolgreichen Bemühungen um Innovationen in der primären Gesundheitsversorgung und im Gesundheitssystem geschildert, die sie oft zusammen mit der WHO eingeführt hätten. Aufgrund dieser Erfahrungen sei Einigkeit über prioritäre Maßnahmen erzielt worden, mit denen die primäre Gesundheitsversorgung wiederbelebt werden solle: die Sicherstellung eines ressortübergreifenden Ansatzes, die bessere Integration der öffentlichen Gesundheitsdienste, eine bessere Anerkennung des Personals in der primären Gesundheitsversorgung und ein kombiniertes Vergütungssystem für die Leistungserbringer. Es sei nun an der Zeit zu überlegen, wie der Übergang von der primären Gesundheitsversorgung zu bedarfsgerechten und widerstandsfähigen Gesundheitssystemen bewerkstelligt werden solle, die für das 21. Jahrhundert gerüstet seien. Das Regionalbüro werde daher die Erfahrungen der Mitgliedstaaten mit Gesundheitsreformen dazu nutzen, einen europäischen Handlungsrahmen für eine koordinierte und integrierte Erbringung von Gesundheitsleistungen zu erarbeiten.

Die Gesundheitsministerin Kasachstans schilderte den Einsatz ihres Ministeriums für eine Priorisierung der primären Gesundheitsversorgung und sagte hierzu, dass die in der Erklärung von Alma-Ata verankerten Prinzipien mit Erfolg auf das Gesundheitssystem Kasachstans angewendet würden. Seit der Annahme der Erklärung habe alle fünf Jahre eine Jubiläumskonferenz stattgefunden, auf der die Fortschritte in der Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung erörtert worden seien. Die Jubiläumskonferenz aus Anlass des 35. Jahrestages habe die Gelegenheit geboten, aktuelle Fragestellungen und Herausforderungen zu diskutieren, mit denen die Mitgliedstaaten konfrontiert seien. Die Teilnehmer hätten Erfahrungen

ausgetauscht und zentrale Fragen der Fortentwicklung von Angeboten der primären Gesundheitsversorgung erörtert. Die Bedeutung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung sei als die wirksamste und nachhaltigste Methode hervorgehoben worden, die es zur Erreichung der MZ, zur Bewältigung der Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten und zur Sicherung von Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung gebe. Sie dankte dem Regionalbüro für dessen Unterstützung und sagte, dass sich durch die Eröffnung eines neuen Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Almaty (Kasachstan) die Möglichkeit ergebe, die Arbeit für die primäre Gesundheitsversorgung in der gesamten Region zu verstärken.

Ein Mitglied des SCRC würdigte die Führungsrolle Kasachstans im Bereich der primären Gesundheitsversorgung. Der SCRC stimme zu, dass die anhaltenden Ungleichheiten und neuerlichen Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialpolitik eine grundlegende Änderung der primären Gesundheitsversorgung erforderlich machten, die an zentraler Stelle im Gesundheitssystem stehen müsse. Die Erklärung von Alma-Ata enthalte eine zeitlose Vision für die primäre Gesundheitsversorgung, und dank der großzügigen Investition Kasachstans sei die Europäische Region auf diesem Gebiet weltweit eindeutig in einer führenden Position. Der SCRC sei entschlossen, das Regionalbüro bei der Entwicklung eines europäischen Handlungsrahmens für die Koordination und Integration der Erbringung von Gesundheitsleistungen zu unterstützen, wie es auch im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 und im aktuellen Reformprozess der WHO vorgezeichnet sei, wobei die primäre Gesundheitsversorgung im Zentrum stehe, damit dieser Rahmen dem Regionalkomitee auf seiner 66. Tagung 2016 vorgelegt werden könne.

In der sich anschließenden Aussprache dankten Delegierte mehrerer Mitgliedstaaten der Regierung Kasachstans als Gastgeberin einer Konferenz, die gerade zur rechten Zeit eine Chance eröffnet habe, das Konzept der primären Gesundheitsversorgung zu erneuern und dabei insbesondere auf den Abbau von Ungleichheiten, die Bewältigung der Herausforderungen der wachsenden Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten sowie die Sicherstellung der Versorgung im gesamten Lebensverlauf abzielen. Die Altenpflege nehme an Bedeutung zu, da die Menschen allgemein länger lebten und die Zahl gesunder Lebensjahre pro Kopf steige. Datenerhebung und Anwendung der Erkenntnisse seien insbesondere für die Entwicklung personenzentrierter Gesundheitssysteme und die Sicherung der allgemeinen Gesundheitsversorgung wichtig. In mehreren Wortmeldungen wurde die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung mit konkreten Beispielen ihrer Einbindung in das jeweilige nationale Gesundheitssystem mittels ressortübergreifender Maßnahmen auf der Grundlage des Lebensverlaufansatzes und unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse unterstrichen. In den vergangenen Jahren zeichne sich zusehends eine Bereitschaft und Flexibilität anderer Politikbereiche ab, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen zu fördern. Der Einsatz des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Bewältigung fortbestehender Herausforderungen in der Erbringung von Gesundheitsleistungen sei hoch willkommen. Mehrere Delegierte unterstützten uneingeschränkt das aktualisierte Konzept der primären Gesundheitsversorgung.

Der Direktor der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit begrüßte die Unterstützung durch die Mitgliedstaaten, die durch das Engagement des Gesundheitsministeriums Kasachstans noch unterstrichen werde. Durch die Eröffnung der neuen Außenstelle in Almaty würden die Kapazitäten des Regionalbüros zur Unterstützung der Mitgliedstaaten signifikant erhöht. Man bemühe sich um eine Kooperation mit den Gesundheitssystemen, um dort die Bedeutung einer besseren Langzeitpflege und Altenpflege hervorzuheben. Das Regionalbüro ergreife zudem Maßnahmen für eine bessere Anerkennung der Arbeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit, insbesondere durch die Förderung größerer institutioneller und finanzieller Autonomie. Das Regionalbüro bekenne sich nachdrücklich zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Reformierung ihrer Systeme der primären Gesundheitsversorgung auf dem Weg zu einem proaktiven Management mit Beteiligung der Bürger.

Die Regionaldirektorin dankte dem Gesundheitsministerium Kasachstans für dessen Großzügigkeit in Bezug bei der Ausrichtung der Konferenz, aber auch im Hinblick auf die Beherbergung des neuen Fachzentrums für primäre Gesundheitsversorgung in Almaty. Sie begrüße es, dass das Gastlandabkommen



im Mai 2014 unterzeichnet worden sei, und sehe der Schaffung der Außenstelle unter der kompetenten Führung des Ministeriums erwartungsvoll entgegen.

### **Europäische Ministerkonferenz der WHO über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 (Aschgabat, Turkmenistan, 3.–4. Dezember 2013)**

*(EUR/RC64/11, EUR/RC64/11 Add.1, EUR/RC64/Conf.Doc./6 Rev.1)*

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung erläuterte, im Vorfeld der Ministerkonferenz hätten längere fachliche Konsultationen stattgefunden, um zu gewährleisten, dass die Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 mit den ressortübergreifenden Zielen von „Gesundheit 2020“ vereinbar sei. Auf der Konferenz seien die Verknüpfungen zwischen den sozialen Determinanten von Gesundheit und den nichtübertragbaren Krankheiten hervorgehoben worden, und die Teilnehmer hätten darin übereingestimmt, dass mehr Daten über das Beziehungsgeflecht zwischen sozialen Determinanten und Ungleichheiten in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten benötigt würden. Zwar habe Europa von den sechs Regionen der WHO die höchste Zahl an Mitgliedstaaten, die Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs seien, doch andererseits weise es auch den höchsten Anteil an erwachsenen Rauchern auf. Es müsse angestrebt werden, dieses Ungleichgewicht zu beheben. Das FCTC werde nicht in seinem vollen Potenzial genutzt, und Ungleichgewichte hinsichtlich der Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens seien sogar innerhalb von Ländern zu erkennen. Dennoch hätten einige Mitgliedstaaten ehrgeizige Pläne zur Bekämpfung des Tabakkonsums angenommen. Es sei zu hoffen, dass in der gesamten Europäischen Region bald eine tabakfreie Millenniums-Generation aufwachse. Er lud das Regionalkomitee ein, den Resolutionsentwurf über die Erklärung von Aschgabat zu prüfen.

Die Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und pharmazeutische Industrie Turkmenistans erklärte, seit dem Angebot zur Ausrichtung der Ministerkonferenz habe sich ihr Ministerium vorgenommen, unter Beweis zu stellen, was durch politischen Willen und den Einsatz evidenzbasierter Ansätze zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten erreicht werden könne. Turkmenistan habe sich schon vor ihrer Annahme um Umsetzung der Erklärung von Aschgabat bemüht. Es sei zu hoffen, dass die Zustimmung des Regionalkomitees zu der Erklärung eine neue Zeit einläuten werde, in der die Herausforderungen durch nichtübertragbare Krankheiten mit gestärkten Konzepten in Angriff genommen würden. Die Anstrengungen Turkmenistans im Bereich der Tabakbekämpfung hätten besondere Anerkennung von der Generaldirektorin erhalten, und die Regierung prüfe derzeit die Verabschiedung von Gesetzen, in denen die Absicht erklärt werde, das Land tabakfrei zu machen.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses berichtete, der Ausschuss habe die Erklärung von Aschgabat geprüft und ihr zugestimmt und die Notwendigkeit eines Aktionsplans der Europäischen Region für die Verwirklichung der globalen Zielvorgabe für nichtübertragbare Krankheiten in Bezug auf Tabakkonsum erörtert. Zwar hätte einige Mitglieder bezweifelt, ob sich aus einer Bitte an die Regionaldirektorin um Ausarbeitung eines solchen Aktionsplans ein Mehrwert ergebe, doch würden in dem im Resolutionsentwurf vorgeschlagenen Ansatz die jeweiligen Aufgaben der WHO und des Sekretariats des FCTC klar aufgezeigt. In Bezug auf die Umsetzung des Rahmenübereinkommens sei die Europäische Region ins Hintertreffen geraten. Der Ständige Ausschuss habe empfohlen, auch darauf zu achten, dass jeder Resolutionsentwurf, der sich mit tabakbezogenen Themen befasse, sich innerhalb der jeweils geltenden bzw. geplanten gesetzlichen Vorschriften bewege. Auf dieser Grundlage empfehle der SCRC die Annahme des Resolutionsentwurfs.

Der Leiter des Sekretariats des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bestätigte, dass „Gesundheit 2020“, die Erklärung von Aschgabat und das Rahmenübereinkommen sich komplementär ergänzten, was für eine wirksamere Umsetzung genutzt

werden könne. Eine gute Abstimmung zwischen seinem Sekretariat, sowie dem Hauptbüro und den Regional- und Länderbüros der WHO könne sichern helfen, dass einschlägige Resolutionen des Regionalkomitees auf einer Linie mit den Beschlüssen der Konferenz der Vertragsparteien zum Rahmenübereinkommen und seinen Bestimmungen lägen. Gemeinsame Anstrengungen seien auch erforderlich, um das neue Ziel einer nachhaltigen Entwicklung zu erfüllen, das in der Sicherung eines gesunden Lebens und der Förderung von Wohlbefinden für alle Bürger und Altersgruppen bestehe und das eine Garantie für die Umsetzung des Rahmenübereinkommens sei. Alle Mitgliedstaaten, die dies noch nicht getan hätten, würden zur Unterzeichnung und Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen aufgefordert, damit es schneller in Kraft treten könne.

Die Delegationen zweier Mitgliedstaaten dankten der Regierung Turkmenistans für die Ausrichtung der Konferenz. Sie begrüßten die Erklärung von Aschgabat und wiederholten ihre Entschlossenheit, den nichtübertragbaren Krankheiten einen hohen Stellenwert auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung zu sichern, denn sie seien eine der größten Bedrohungen für die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme. Die Zustimmung des Regionalkomitees zu der Erklärung von Aschgabat setze ein deutliches Zeichen für die Entschlossenheit der Europäischen Region, die durch nichtübertragbare Krankheiten entstehenden Belastungen zu bewältigen. Die Unterstützung des Regionalbüros für Forschung und Entwicklung in den Mitgliedstaaten wurde gelobt.

Ein Vertreter der IAEA begrüßte das Engagement der Europäischen Region für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, hierunter Krebs. 2012 seien in der Europäischen Region 3,7 Mio. neue Fälle von Krebs und 1,9 Mio. krebsbedingte Todesfälle gemeldet worden, was bedeute, dass sie von allen Regionen am stärksten durch Krebs belastet sei. Die IAEA unterstütze daher ihre Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Nutzung von Strahlenmedizin gegen Krebs und andere nichtübertragbare Krankheiten. Sie nehme in Partnerschaft mit der WHO und dem Internationalen Krebsforschungszentrum Aufgaben in der Krebsbekämpfung wahr. Die Koordinierung zwischen der IAEA und dem WHO-Regionalbüro für Europa sei ein gutes Beispiel für die Zusammenarbeit, die dringend erforderlich sei, wenn das Ziel einer relativen Reduzierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25 Prozent bis 2025 erreicht werden solle.

Ein Vertreter der Allianz zur Unterstützung des Rahmenübereinkommens gab eine Erklärung ab.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheit begrüßte die nachdrückliche Betonung der Zusammenarbeit, die die Erörterungen geprägt habe. Den Beitrag des WHO-Länderbüros Turkmenistan würdigend sagte er, dass die Umsetzung der Erklärung von Aschgabat mit der Eröffnung der neuen Fachzentren zu den Themenbereichen primäre Gesundheitsversorgung und nichtübertragbare Krankheiten zusammenfalle. Die beiden Außenstellen würden im Interesse aller Mitgliedstaaten eng zusammenarbeiten.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R4.

## Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020)



(EUR/RC64/15 Rev.1, EUR/RC64/15 Add.1, EUR/RC64/R5)

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt berichtete, dass die Europäische Region bis 2012 bei den Basisantigenen zwar hohe Durchimpfungsraten erzielt habe, die Zugewinne der Region jedoch immer noch gefährdet seien und ihre Entschlossenheit weiter auf die Probe gestellt werde. Daher sei entsprechend dem Wunsch des Regionalkomitees auf seiner vorangegangenen Tagung und im Anschluss an umfassende Konsultationen mit dem Europäischen Beirat für Immunisierungsfragen (ETAGE), dem SCRC, den Partnerorganisationen und den Mitgliedstaaten ein Impfkaktionsplan für die Europäische Region ausgearbeitet worden. Der regionsweite Aktionsplan sei dazu gedacht, den Globalen Impfkaktionsplan (2011–2020) und andere Konzepte und Strategien der Europäischen Region wie „Gesundheit 2020“, den Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu ergänzen.

Dem Europäischen Aktionsplan liege die Vision einer Europäischen Region ohne impfpräventable Krankheiten zugrunde, in der alle Länder ihren Bürgern während des gesamten Lebensverlaufs einen chancengleichen Zugang zu hochwertigen, sicheren und bezahlbaren Impfstoffen und Impfmaßnahmen gewähren. Sechs Zielsetzungen seien vorgeschlagen worden: Erhaltung des poliofreien Status der Region; Eliminierung von Masern und Röteln; Bekämpfung von Hepatitis B; Erfüllung der Zielvorgaben für die Durchimpfung auf allen Verwaltungsebenen in der Europäischen Region; evidenzbasierte Entscheidungsprozesse über die Einführung neuer Impfstoffe; und Gewährleistung der finanziellen Nachhaltigkeit der nationalen Impfprogramme. Zur Operationalisierung des Aktionsplans seien Ziele, vorrangige Handlungsfelder und vorgeschlagene Maßnahmen zur Ausgestaltung der einzelnen Zielsetzungen ausgearbeitet worden. Der Aktionsplan beinhalte auch einen Beobachtungs- und Evaluationsrahmen, der sich auf das Gemeinsame Meldeformular von WHO und UNICEF stütze und keine neuen Indikatoren oder Variablen vorsehe.

Der Vorsitzende des ETAGE erklärte, dass im regionsweiten Aktionsplan zu Recht die Rolle der unabhängigen nationalen Beiräte für Immunisierungsfragen (NITAG), der Einsatz von neuen Technologien und elektronischen Registern, maßgeschneiderten Impfprogrammen und Interventionen für Verhaltensänderungen sowie eine integrierte Leistungserbringung durch leistungsfähige Gesundheitssysteme hervorgehoben würden. Er lege den Mitgliedstaaten nahe, die für Impfprogramme erforderlichen Ressourcen aufzubauen und zu bewahren, und bot Unterstützung bei der Einführung einer vorhersehbaren, transparenten Preisgestaltung und innovativer Beschaffungsverfahren an. Letztlich hänge der Erfolg des regionsweiten Aktionsplans jedoch vom Engagement der Mitgliedstaaten ab.

Ein Mitglied des SCRC unterstrich, dass im Aktionsplan die Notwendigkeit politischen Engagements und verstärkter Mittelbeschaffung betont werde. Der Ständige Ausschuss sei durchgehend in die Ausarbeitung des Aktionsplans eingebunden gewesen, und seine Empfehlungen hätten gebührend Berücksichtigung gefunden. Der Aktionsplan thematisiere Impflücken in der Europäischen Region und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. In dem begleitenden Resolutionsentwurf würden die von den Mitgliedstaaten zu ergreifenden Maßnahmen und die Unterstützung erläutert, die sie vom Regionalbüro zu erwarten hätten.

Die Delegierten begrüßten den Aktionsplan und betonten dabei, wie wichtig es sei, ein politisches Engagement für Impfprogramme und eine ausreichende Finanzierung zu gewährleisten. Sie billigten das Konzept der NITAG, obgleich ein im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten sprechender Delegierter erklärte, in dem Aktionsplan und seinem Anhang solle durchgehend von „NITAG oder vergleichbaren Gremien“ die Rede sein.

Die Impfprogramme sollten auf schwer erreichbare Gruppen wie Migranten abzielen. Die Mitgliedstaaten sollten die Sicherheit und den Nutzen von Impfungen besser bekannt machen und dabei auf moderne, zielgerichtete Kommunikationsstrategien zurückgreifen – einen Bereich, in dem das Regionalbüro nützlichen Rat erteilen könne. Sie sollten den Impfgegnern öffentlich entgegenzutreten und Informations- und Schulungsangebote bereitstellen, um die von manchen Gesundheitsfachkräften gehegten Zweifel auszuräumen.

Die Delegierten forderten die Schaffung eines Mechanismus mit evidenzbasierten Informationen für die Impfpolitik der Länder und für die Stärkung ihrer Monitoring- und Überwachungssysteme. Ein Delegierter begrüßte, dass die Umsetzung des Aktionsplans anhand des Gemeinsamen Meldeformulars von WHO und UNICEF überwacht würde und daher nicht mit zusätzlichen Berichtspflichten für die Mitgliedstaaten verbunden sei.

Einige Delegierte führten Beispiele aus ihren eigenen nationalen Impfprogrammen an. Ein Delegierter eines Mitgliedstaats, der unlängst die Schwelle für den Anspruch auf Fördermittel der GAVI-Allianz überschritten hatte, schilderte die Schwierigkeiten seiner Regierung beim Übergang zu einer Finanzierung des gesamten Impfprogramms aus Eigenmitteln und appellierte an die GAVI-Allianz, eine Verlängerung der Übergangsperiode zu erwägen.

Ein Delegierter des UNICEF erkannte zwar die allgemein hohe Durchimpfungsrate in der Europäischen Region an, wies jedoch auf Diskrepanzen zwischen verschiedenen geografischen Gebieten und Bevölkerungsgruppen, die Herausforderung der Finanzierung und die wachsenden Zweifel der Öffentlichkeit am Wert von Impfmaßnahmen hin. Zur Umsetzung des Aktionsplans seien politische Entschlossenheit, ein auf dem spezifischen nationalen Kontext beruhender strategischer Ansatz und Partnerschaften mit allen maßgeblichen Akteuren erforderlich.

Anschließend wurde eine Erklärung der International Association of Immunization Managers verlesen.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt unterrichtete das Regionalkomitee über einen Vorfall, der sich gerade während einer Impfkampagne gegen Masern in der Arabischen Republik Syrien ereignet habe. Dabei hätten die dortigen Gesundheitsbehörden eine Häufung von Krankheits- und Todesfällen aus zwei Gesundheitseinrichtungen in einem Bezirk gemeldet. Bei dem verwendeten Impfstoff habe es sich um ein von der WHO präqualifiziertes Produkt gehandelt, und die WHO habe eine Untersuchung eingeleitet, deren Ergebnisse so bald wie möglich bekannt gegeben würden.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R5.

## In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)



(EUR/RC64/12, EUR/RC64/12 Add.1, EUR/RC64/13, EUR/RC64/R6)

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf stellte den Entwurf der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) vor, zu dem alle Abteilungen im Regionalbüro sowie das WHO-Hauptbüro beigetragen hätten. Die Strategie basiere auf einer Vision, in der Kinder von politischen Entscheidungsträgern gesehen und ihre Bedürfnisse berücksichtigt würden und in der die Kinder bei ihren Familien mit Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung lebten und die Lebensfertigkeiten erlernten, die sie als funktionsfähige Mitglieder der Gesellschaft benötigten. Die Strategie sehe die Sammlung von Daten über ältere Kinder und Jugendliche – eine Gruppe, die in offiziellen Statistiken weitgehend unberücksichtigt bleibe – sowie die Untersuchung der Umwelteinflüsse auf die Gesundheit von Kindern in allen Altersgruppen (einschließlich vor der Geburt) vor.

Mit dem Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020) solle mehr Licht auf eine Problematik von bisher ungeahntem Ausmaß geworfen werden. So fielen nach Schätzungen in der Europäischen Region jährlich 850 Kinder unter 15 Jahre Tötungsdelikten zum Opfer, und 18 Mio. Kinder erlebten sexuellen Missbrauch. Die Misshandlung habe schwere Spätwirkungen im gesamten weiteren Lebensverlauf, u. a. psychische Gesundheitsprobleme, chronische Erkrankungen und die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben zu Tätern zu werden. Der Aktionsplan ziele darauf ab, die Auswirkungen der Misshandlung von Kindern verstärkt zu thematisieren, die Politikgestaltung für ihre Prävention durch Partnerschaften und ressortübergreifendes Handeln zu stärken und die Gefahr von Misshandlungen durch verbesserte Gesetze zum Schutz von Kindern, durch Aufklärung und Unterstützung neuer Eltern und durch verstärkte Schulung von Gesundheitsfachkräften zu verringern. Als Ziel für die Europäische Region insgesamt werde eine Senkung der jährlichen Zahl der Tötungsdelikte an Kindern um 20% bis 2020 angestrebt.

Ein Mitglied des SCRC schilderte in groben Zügen den breit angelegten fachlichen und politischen Konsultationsprozess, der der Ausarbeitung der Strategie und des Aktionsplans vorausgegangen sei. In beiden Dokumenten werde die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung hervorgehoben, und es würden zentrale, vorrangige Bereiche der Gesundheit von Kindern behandelt. Sie zielten auf die Inklusion benachteiligter Gruppen ab, legten Wert auf ressortübergreifende und evidenzbasierte Konzepte und stünden im Einklang mit „Gesundheit 2020“ und anderen maßgeblichen Konzepten. Der SCRC empfehle dem Regionalkomitee, der Strategie und dem Aktionsplan zuzustimmen und den begleitenden Resolutionsentwurf anzunehmen.

Einige Delegierte begrüßten Strategie und Aktionsplan und skizzierten die Situation in ihren Heimatländern. Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zahlten sich aus: durch verbesserte gesundheitliche Ergebnisse sowie durch wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen, gerade zu Zeiten ökonomischer Herausforderungen. Eine systematische Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Politikbereichen und Berufen sei eine Voraussetzung dafür, dass die Resolution ihre volle Wirkung entfalten könne. Eine umfassende Beobachtung des Wohlbefindens von Kindern, insbesondere jährliche Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, die auch soziale und psychologische Aspekte berücksichtigen, sei ein bedeutsamer Ansatz, der es verdiene, in den Aktionsplan der Region aufgenommen zu werden.

Ein Vertreter des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) begrüßte Strategie und Aktionsplan, drückte aber seine Besorgnis in Bezug auf die unterschiedliche Mortalität von Müttern und Kindern zwischen wie auch in den Ländern aus. Es gebe eine Neigung zur Herabstufung der Bedeutung von Impfungen, bis ein neuer Krankheitsausbruch die ernüchternde Erkenntnis ihrer Wichtigkeit zurückbringe. Neue Herausforderungen verlangten innovative Lösungen. Die Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern könnten noch in der Laufzeit der vorgeschlagenen Pläne verringert werden, wenn der Fokus auf Chancengleichheit, die Beseitigung finanzieller und sonstiger Hindernisse im Zugang zur Versorgung sowie die Verbesserung der Qualität der Dienste gerichtet werde.

Ein Vertreter des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) sagte, die Strategie spiegele das wachsende Engagement für die Förderung generationsübergreifender Chancengleichheit wider und harmoniere gut mit der UNFPA-Strategie für Heranwachsende und Jugendliche, deren zentrale Elemente die Förderung einer umfassenden Sexualaufklärung, der verbesserte Zugang zu Angeboten für sexuelle und reproduktive Gesundheit, die Unterstützung von Führung und Teilhabe durch Jugendliche, das Erreichen marginalisierter Gruppen und die Bereitstellung von Daten besserer Qualität seien.

Im Namen der Europäischen Allianz für öffentliche Gesundheit und der International Federation of Medical Students' Associations wurden Erklärungen abgegeben.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf bestätigte in Beantwortung einer in der Diskussion geäußerten Frage, dass die Nennung von Impfungen gegen das humane Papillomavirus in der Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht als Empfehlung an alle Mitgliedstaaten gedacht sei, diese einzuführen. Vielmehr würden in einigen Ländern Bedarfsanalysen zeigen, dass dies nicht erforderlich sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R6.

## Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)



(EUR/RC64/14, EUR/RC64/14 Add.1, EUR/RC64/R7)

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf setzte das Regionalkomitee davon in Kenntnis, dass nach vor kurzem veröffentlichten Daten aus der Initiative der Europäischen Region der WHO zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter die Prävalenz der Adipositas unter siebenjährigen Jungen in ausgewählten Ländern der Europäischen Region zwischen 23% und 49% liege. Ernährung (und insbesondere der übermäßige Konsum von Salz, Zucker und gesättigten Fettsäuren) stelle einen wesentlichen Risikofaktor in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten dar. Wie von den Teilnehmern der Ministerkonferenz der WHO zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 (Wien, 4.–5. Juli 2013) gefordert, habe das Regionalbüro den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) ausgearbeitet, dessen Zielsetzung laute, allen Bürgern in der Europäischen Region der WHO Zugang zu einer bezahlbaren, gesunden und ausgewogenen Ernährung zu verschaffen.

Die Ziele des Aktionsplans bestünden darin: Umfeldler für gesundheitsförderliches Essen und Trinken zu schaffen; eine lebenslange gesunde Ernährung zu fördern, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen; die Gesundheitssysteme auszubauen, um gesunde Ernährung zu fördern; die

epidemiologische Überwachung sowie Beobachtung, Auswertung und Forschung zu unterstützen; und Führungsstrukturen, bereichsübergreifende Bündnisse und Netzwerke zu stärken, um den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ zu verwirklichen. Zu den wichtigsten Maßnahmen und Instrumenten zur Inangriffnahme dieser Ziele gehörten die Förderung einer gesunden Ernährung in den frühen Lebensphasen (Stillen und Zufüttern), die Einstellung der Verwendung von Transfettsäuren (und Minimierung des Konsums gesättigter Fettsäuren), die Beschränkung von Werbung, die Förderung von Initiativen zur Salzreduktion, der Ausbau von Schulmahlzeiten, die Aufnahme von Ernährungsberatung in die primäre Gesundheitsversorgung, die Unterstützung für das Adipositas-Management und die Verbesserung von Kontroll- und Surveillancemaßnahmen.

Die Gattin des estnischen Staatspräsidenten, die als Vorkämpferin im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten in der Europäischen Region der WHO fungiert, unterstrich die Bedeutung eines gesunden Ernährungsumfelds für Kinder sowie der Etablierung gesunder Ernährungsgewohnheiten während der Kindheit. Der Schlüssel liege darin, in den Kindern den Wunsch zu wecken und ihnen die Fähigkeit zu vermitteln, gesunde Mahlzeiten mit frischen Zutaten zuzubereiten. Gut ernährte Kinder lernten schneller und entwickelten sich gesünder. Kinder verstünden besser als Erwachsene, dass Gesundheit, Ernährung und Umwelt allesamt Teile desselben Ganzen seien. In dem Aktionsplan würden auch die Gesundheitssysteme zurecht aufgefordert, evidenzbasierte Informationen über Ernährung, Beispiele für vorbildliche Praxis und diesbezügliche Empfehlungen bereitzustellen, wobei ein Schwerpunkt auf den Leistungsanbietern in der primären Gesundheitsversorgung liege.

Ein Mitglied des SCRC merkte an, der Aktionsplan sei das Ergebnis eines umfassenden und breit angelegten Konsultationsprozesses mit Beteiligung von Vertretern der Mitgliedstaaten, der Zivilgesellschaft, Organisationen der Privatwirtschaft und Experten und sei vom SCRC insgesamt dreimal überprüft worden. Er sei auf andere globale Prozesse in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten und Ernährung sowie auf den Aktionsplan der Europäischen Union gegen Adipositas im Kindesalter (2014–2020) gut abgestimmt. Im Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung werde unterstrichen, dass die Regierungen zur Förderung und Gewährleistung einer gesunden Ernährung ein breites Spektrum an Konzepten einführen bzw. ausbauen müssten, die nicht nur Nahrung und Ernährung betreffen, sondern auch die Politikbereiche Landwirtschaft, Handel, Bildung, Finanzen und Wirtschaft. Der SCRC begrüße die in dem Aktionsplan geschilderten vorrangigen Maßnahmen und Instrumente, die darauf abzielten, eine gesündere Ernährung für alle Bürger in den Ländern der Europäischen Region zu erreichen.

Ein Delegierter merkte im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten an, dass nichtübertragbare Krankheiten fast überall auf der Welt die übertragbaren Krankheiten als führende Todesursache abgelöst hätten. Ungesunde Ernährung sei einer der primären veränderbaren Risikofaktoren, die mit nichtübertragbaren Krankheiten verknüpft seien. Die EU stehe zwar hinter der Vision, den Leitgrundsätzen, strategischen Zielen und freiwilligen globalen Zielvorgaben des Aktionsplans, doch würden nicht alle Daten zu den vorgeschlagenen Indikatoren routinemäßig erfasst, und Erkenntnisse, die entscheidende Maßnahmen zur Prävention von Adipositas begründen könnten, seien nicht immer dicht gesät. Er drückte die Hoffnung aus, dass aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit für das Thema hier künftig verstärkt geforscht werde. Strategien und Konzepte, wie etwa geänderte Rezepturen und Nährstoffprofile, seien für alle Länder in der Region relevant, doch müssten auch die nationalen Zusammenhänge und die für die Ernährung so wichtigen Aspekte Kultur und Tradition bedacht werden. Aufbauend auf Initiativen früherer Jahre hätten die EU-Gesundheitsminister vor kurzem Schlussfolgerungen des Europäischen Rates zum Thema Ernährung und Bewegung verabschiedet, die auch konkrete Maßnahmen für Schwangere und Kleinkinder vorsähen. Die strategischen Ziele dieses Aktionsplans könnten nur erreicht werden, wenn der gesamte Staat in einer Reihe von Politikfeldern integrierte und umfassende Maßnahmen gemäß dem Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ ergreife. Er begrüße die erneuerte Aufmerksamkeit für das Thema Ernährung in der Region und sehe der Zweiten Internationalen Ernährungskonferenz erwartungsvoll entgegen, die gemeinschaftlich von WHO und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) im November 2014 in Rom organisiert werde.



Alle nachfolgenden Redner bekundeten ihre Unterstützung für den Aktionsplan und schilderten Initiativen in ihrem Land, die ähnlich ausgerichtet seien. Dazu zählten Maßnahmen zur Reduzierung des Salzkonsums, Gesetze zur Verbesserung der Lebensmittelsicherheit, Aufklärungsprogramme über gesunde Ernährung und Leitlinien für die in öffentlichen Einrichtungen angebotenen Lebensmittel. In manchen Ländern seien Vorschriften für Schulkantinen geändert worden, um die Adipositas im Kindesalter in den Griff zu bekommen. Eine Delegierte sagte, ihr Land verfolge seit 15 Jahren eine ressortübergreifende Ernährungspolitik, die sowohl die Prävention als auch die Aufdeckung und Behandlung ernährungsbedingter Krankheiten bezwecke. Soziale Ungleichheiten und Ernährung seien ein besonders komplexes Thema. Zur Umsetzung des Aktionsplans solle auch das Konzept des proportionalen Universalismus in Betracht gezogen werden.

Zwar bewirkten kulturelle Unterschiede auch unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten, doch seien die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung überall ähnlich. Jeder müsse Zugang zu gesunden Ernährungsoptionen besitzen. Daher müssten innovative, motivierende, praktikable und einfach anwendbare Methoden gefunden werden, die den Menschen die Entscheidung für eine gesündere Ernährung und Lebensweise erleichterten. Umfeldler, die eine gesunde Ernährung förderten, müssten unter verschiedenen Rahmenbedingungen für den gesamten Lebensverlauf geschaffen werden. Die Einbeziehung von Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft sei unabdingbar, doch müsse die öffentliche Gesundheit vor unangemessenen Einflüssen bzw. Interessenkonflikten geschützt werden. Ein Delegierter sagte, sein Land habe eine hochkarätig besetzte Gruppe mit Vertretern der Lebensmittelindustrie und des Einzelhandels gebildet, um Ziele für neue Lebensmittelrezepturen zu vereinbaren.

Der Aktionsplan Sorge für die Kontinuität zum Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung der WHO (2007–2012) und stelle eine wertvolle Ergänzung für die mit dem globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) bereits beschlossene Arbeit dar. Die konkreten Empfehlungen des Aktionsplans zur Beschränkung der Vermarktung ungesunder Lebensmittel an Kinder sowie zur Entwicklung von Ernährungsprofilen wurden begrüßt, und das Regionalbüro wurde aufgefordert, mit der EU an dem letztgenannten Thema zusammenzuarbeiten. Mehrere Delegierte sagten, sie sähen der Zweiten Internationalen Ernährungskonferenz erwartungsvoll entgegen.

Ein Delegierter forderte eine klare Definition der Begriffe „Übergewicht“, „Präadipositas“ und „Adipositas“. Ein anderer erläuterte die Rolle seines Landes im Rahmen eines Arbeitspakets der EU für den Zeitraum 2015–2017, das die Entwicklung einer Evidenzbasis in Bezug auf die Prävention von Adipositas und eine Prognose der ökonomischen Kosten der Erkrankung ermöglichen solle.

Ein Vertreter des World Cancer Research Fund gab eine Erklärung ab.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf erwiderte auf die Stellungnahmen, dass die in dem Aktionsplan propagierten Maßnahmen keinen bindenden Charakter hätten, sondern lediglich Handlungsempfehlungen an die Mitgliedstaaten darstellten. Es seien weitere Forschungsanstrengungen nötig, um die Wirkung der Steuerpolitik (u. a. Besteuerung, Subventionierung) auf die Prävalenz der Adipositas zu klären. Die Grenzen zwischen Übergewicht, Präadipositas und Adipositas müssten genauer definiert werden, sowohl auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung (um den Behandlungsbedarf zu bestimmen) als auch als ein Instrument für die Definition minimal invasiver Surrogatmaße für ungesundes Gewicht.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R7.



## Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO



*(EUR/RC64/Inf.Doc./2, EUR/RC64/Inf.Doc./2 Add.1)*

Die Regionaldirektorin erklärte, dass sie sich seit ihrer Amtsübernahme im Jahr 2010 um eine Erneuerung und Stärkung der Partnerschaften des Regionalbüros mit der EU, dem Globalen Fonds und mehreren Institutionen der Vereinten Nationen bemühe. Kooperationsabkommen hätten zur Verbesserung der konzeptionellen Kohärenz und der Prioritätensetzung beigetragen und eine systematischere Zusammenarbeit ermöglicht.

Im Rahmen der Reform der Vereinten Nationen seien auf der Ebene der Regionen und der Länder eine Reihe von Mechanismen mit dem Ziel geschaffen worden, die Zusammenarbeit zu erleichtern und die Effektivität innerhalb der Familie der Vereinten Nationen zu erhöhen, etwa durch den Regionalen Koordinierungsmechanismus (RCM) und die Regionale Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen (UNDG). In diesem Zusammenhang habe das Regionalbüro eine interinstitutionelle Arbeitsgruppe für die Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) eingesetzt und geleitet, die Impulse für die Entwicklungsagenda nach 2015 aus der Sicht der Europäischen Region gegeben habe. Eine regionsweite Konsultation sei auch zur inklusiven und nachhaltigen Entwicklung abgehalten worden.

In der Erkenntnis, dass nichtübertragbare Krankheiten eine schwere Belastung für die Wirtschaft darstellten und die Entwicklung hemmten, habe der Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen um die Einsetzung einer Interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ersucht. In der Europäischen Region hätten die Organisationen der Vereinten Nationen vereinbart, eine Arbeitsgruppe für die Europäische Region mit dem Auftrag einzusetzen, die Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) und des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ zu unterstützen und insbesondere an den sozialen Determinanten von Gesundheit und der Politiksteuerung für Gesundheit anzusetzen.

Da das Augenmerk der Vereinten Nationen darauf liege, auf der Länderebene Unterstützung bereitzustellen und Veränderungen zu bewirken, stelle der Entwicklungshilferahmen der Vereinten Nationen (UNDAF) ein wichtiges Instrument dar. Ein solcher Rahmen bestehe derzeit in 17 Ländern und einem Gebiet der Europäischen Region der WHO. Zur Unterstützung der Arbeit der Landteams der Vereinten Nationen und der Gesundheitsministerien habe das Regionalbüro in Abstimmung mit dem RCM und dem Team für Europa und Zentralasien der UNDG einen Leitfaden dazu erstellt, wie die Aufnahme der Themen Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, „Gesundheit 2020“ sowie Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in den UNDAF gewährleistet werden könne.

Der Vorsitzende des UNDG-Teams für Europa und Zentralasien wies auf die Einzigartigkeit der Region hin, die durch ihre breite wirtschaftliche Vielfalt bedingt sei. Länderspezifische Probleme hätten daher Fortschritte bei der Verwirklichung der MZ erheblich beeinträchtigt. Es bestünden beträchtliche Diskrepanzen nicht nur zwischen, sondern auch in den Ländern, und der Fortschritt gehe an zahlreichen marginalisierten Gruppen vorbei. Um das neue gesundheitsbezogene Ziel für eine nachhaltige Entwicklung zu erreichen, seien koordinierte Maßnahmen zu den sozialen Determinanten erforderlich. Soziale Determinanten könnten sich auf verhaltensbedingte Risikofaktoren auswirken, was zu einem erhöhten Risiko nichtübertragbarer Krankheiten führe.

Die WHO habe eine federführende Rolle in globalen Gesundheitsfragen inne. Die anstehenden Herausforderungen müssten von sämtlichen Organisationen der Vereinten Nationen in Angriff genommen werden. Die im Entwicklungsbereich tätigen Organisationen seien per definitionem auch im Gesundheitsbereich tätig. Zur Verwirklichung der Gesundheits- und Entwicklungsziele sei es unerlässlich, Rechenschaft abzulegen. Die UNDG sei ein wirksamer Mechanismus für die Zusammenarbeit, und ihre Mitglieder hätten gemeinsame Anstrengungen mit sichtbaren Ergebnissen in mehreren Bereichen unternommen, darunter Impfprogramme, die Förderung der Gesundheit von Jugendlichen und die Arbeit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten. Auch wenn viel geschehen sei, um die gesundheitliche Situation in der Region Europa und Zentralasien zu verbessern, so werde die Entwicklungsagenda nach 2015 doch eine Chance bieten, um die Anstrengungen auf diesem Gebiet noch zu forcieren.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion schilderten der Gesundheitsminister der Republik Moldau, die Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und pharmazeutische Industrie Turkmenistans und der Repräsentant Kasachstans die tatsächliche Zusammenarbeit zwischen der WHO und anderen Organisationen der Vereinten Nationen vor Ort, die Entwicklung eines UNDAF in ihren Ländern und die gesellschaftsweiten Umfragen, die zusammen mit den anderen Organisationen und den residierenden Koordinatoren der Vereinten Nationen in Vorbereitung auf die Entwicklungsagenda nach 2015 durchgeführt worden seien. Sie befassten sich primär mit der interinstitutionellen und bereichsübergreifenden Koordination.

Der Ständige Vertreter Monacos erklärte, die Zusammenarbeit mit den Organisationen des Systems der Vereinten Nationen in Genf sei für die Allgemeinheit nicht unbedingt ersichtlich, weshalb mehr dafür getan werden könne, deren Profil zu erhöhen. Es sei wichtig, Überschneidungen der Arbeit zu vermeiden, und um für Effizienz zu sorgen, müsse der Ansatz der „Einheit in der Aktion“ sowohl für die Empfängerländer als auch für diejenigen, die Unterstützung bereitstellten, zur Realität werden.

Ein Vertreter des Internationalen Verbands für Familienplanung sagte, es sei unmöglich, nachhaltige Entwicklung oder soziale Gerechtigkeit zu erreichen, wenn es nicht für alle Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und den damit verbundenen Rechten gebe.

Ein Vertreter der International Federation of Medical Students betonte die Bedeutung der Erfüllung der MZ sowie der Einbeziehung der Beiträge von Medizinstudenten in die Debatte über gesundheitsbezogene Ziele für die Entwicklungsagenda nach 2015.

In seiner Zusammenfassung der Diskussion betonte der Vorsitzende der Gruppe der Vereinten Nationen für Entwicklungsfragen die Notwendigkeit, die Länder weiterhin in der Erhebung verlässlicher, disaggregierter Daten zu unterstützen, damit Entwicklungslücken erkannt und geschlossen werden könnten. Die Regionaldirektorin sagte, es sei für sie sehr beruhigend zu erleben, dass „Einheit in der Aktion“ sich zu einem Markenzeichen der Arbeit des Regionalbüros entwickle.

Zum Abschluss der Diskussion forderte der Moderator alle Podiumsteilnehmer dazu auf, einen Wunsch anzugeben, von dessen Erfüllung sie träumten. Zu den Antworten zählten: die WHO als federführende Organisation der internationalen Gesundheitspolitik; der Schwerpunkt nichtübertragbare Krankheiten in der Entwicklungsagenda nach 2015; Sicherung des Zugangs zu Hausärzten für mehr Gesundheit und Wohlbefinden; und Anerkennung der Notwendigkeit von Investitionen in die Gesundheit für alle als ein Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung.

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

*(EUR/RC64/6, EUR/RC64/Inf.Doc./3–8)*

Das als Beobachter zu den Tagungen des SCRC entsandte Mitglied des Exekutivrats aus der Europäischen Region erläuterte kurz die Folgen einer Reihe von nicht anderswo auf der Tagesordnung behandelten Resolutionen der 67. Weltgesundheitsversammlung für die Europäische Region.

So stelle Tuberkulose mit geschätzten 350 000 neuen Fällen und über 35 000 Todesfällen pro Jahr nach wie vor eine erhebliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar. In der Resolution WHA67.1 habe die Weltgesundheitsversammlung der Globalen Strategie mit Zielvorgaben für die Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose und die Versorgung von Tuberkulosepatienten für die Zeit nach 2015 zugestimmt. Die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) sei beschleunigt und zahlreiche Etappenziele seien erreicht worden.

Die Weltgesundheitsversammlung habe ferner in Resolution WHA67.7 dem globalen Aktionsplan der WHO für mehr Gesundheit für Menschen mit Behinderungen (2014–2021) zugestimmt und in Resolution WHA67.8, in der eine Erhöhung der Kapazitäten und eine Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheits- und Sozialsystemen gefordert werde, die besonderen Bedürfnisse von Personen mit Störungen des Autismusspektrums und anderen Entwicklungsstörungen anerkannt.

Der von der Weltgesundheitsversammlung in Resolution WHA67.10 angenommene Aktionsplan für die Gesundheit von Neugeborenen stehe im Einklang mit der am Vortag vom Regionalkomitee in der Resolution EUR/RC64/R6 angenommenen Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020).

In der Resolution WHA67.12 der Weltgesundheitsversammlung über die Förderung der sozialen und ökonomischen Entwicklung werde ein effizientes Ansetzen an den sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit durch eine effektive Gesetzgebung und ressortübergreifende Strukturen gefordert. Die Mitgliedstaaten würden gebeten, im Lichte dieser Grundsätze zu der Entwicklungsagenda nach 2015 beizutragen, und das Sekretariat werde gebeten, für die Länder einen Handlungsrahmen auszuarbeiten.

Die Resolution WHA67.15 über die Stärkung der Rolle der Gesundheitssysteme bei der Bekämpfung von Gewalt, insbesondere gegen Frauen und Mädchen und generell gegen Kinder, habe eine ähnliche Thematik zum Gegenstand wie der vom Regionalkomitee durch Resolution EUR/RC64/R6 angenommene Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020). In der Resolution werde das Sekretariat aufgefordert, einen globalen Aktionsplan zu entwickeln und der 69. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2016 vorzulegen.

In der Resolution WHA67.19 über die Stärkung der palliativen Versorgung als Bestandteil einer umfassenden Versorgung während des gesamten Lebensverlaufs würden die Mitgliedstaaten aufgefordert, Konzepte für die Palliativversorgung zu entwickeln und umzusetzen, einschließlich des angemessenen und ausgewogenen Einsatzes kontrollierter Arzneimittel für die Bewältigung der Symptome.

Die Resolutionen WHA67.20, WHA67.21 und WHA67.22 der Weltgesundheitsversammlung befassten sich mit Arzneimitteln und medizinischen Produkten und ihrer Regulierung. In diesen Resolutionen würden die Mitgliedstaaten aufgefordert, ihre regulatorischen Netzwerke auszubauen, und das Sekretariat werde gebeten, die Mitgliedstaaten bei der Auswahl der Medikamente für ihre nationale Liste unentbehrlicher Arzneimittel zu unterstützen.

In den Resolutionen WHA67.23 und WHA67.24 der Weltgesundheitsversammlung werde auf die allgemeine Gesundheitsversorgung Bezug genommen. In der Resolution WHA67.24 werde das Sekretariat gebeten, eine neue globale Strategie für Personalkonzepte im Gesundheitswesen auszuarbeiten und der 69. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2016 zur Prüfung vorzulegen. Das Regionalbüro arbeite durch sein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ bereits im Bereich Gesundheitstechnologiebewertung und an der Erstellung strategischer Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen.

## **Hepatitis**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./7)*

Der Beigeordnete Generaldirektor für Übertragbare Krankheiten erkundigte sich nach der Sichtweise des Regionalkomitees zum Thema Virushepatitis im Hinblick auf die spätere Ausarbeitung einer globalen Strategie zu der Thematik. Auf eine Anmerkung einer Delegation erwiderte er, die WHO sammle Informationen über Arzneimittelpreise und verhandle mit der Pharmaindustrie über eine Senkung der Kosten von Medikamenten gegen Hepatitis, die die Betroffenen und ihre Familien in erheblichem Maße finanziell belasteten. Unter Hinweis auf die hohe Prävalenz der Hepatitis in der Europäischen Region schilderte die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt die auf diesem Gebiet bisher ergriffenen Maßnahmen und wies namentlich darauf hin, dass an der Universität Kopenhagen ein Kooperationszentrum der WHO für HIV und Virushepatitis eingerichtet worden sei.

## **Malaria**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./5)*

Der Beigeordnete Generaldirektor für Übertragbare Krankheiten gab Einzelheiten über den Entwurf der globalen Strategie zur Bekämpfung der Malaria für die Zeit nach 2015 bekannt, deren Eckpunkte ein allgemeiner Zugang zu Präventions- und Behandlungsmaßnahmen, die Forcierung der Anstrengungen zur Eliminierung der Krankheit und zur Erlangung einer Zertifizierung als malariefrei und die grundlegende Umwandlung der Malaria-Surveillance in eine Kernintervention seien. Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte, die Europäische Region sei auf bestem Wege zur Erreichung einer Zertifizierung als malariefrei bis zum Jahr 2015: so seien 2013 nur noch 37 Fälle aus zwei Ländern gemeldet worden. Seit 2010 seien vier Länder – Armenien, Kasachstan, Kirgisistan und die Russische Föderation – für malariefrei erklärt worden. Das Regionalbüro unterstütze die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen, eine Wiedereinbürgerung der Krankheit zu einem späteren Zeitpunkt zu vermeiden.

## **Folgemaßnahmen zur Politischen Erklärung der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./4 Rev. 1)*

Der Beigeordnete Generaldirektor für Nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit berichtete über die Ergebnisse der zweiten Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (New York, 10.–11. Juli 2014). Die WHO habe

den Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) angenommen, der insgesamt neun Zielvorgaben und 25 Ergebnis-Indikatoren beinhaltet, und die Organisation sei maßgeblich an der Einsetzung der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten beteiligt gewesen.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf sagte, das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region hätten in vielfältiger Weise zu dem Ergebnisdokument der zweiten Tagung auf hoher Ebene beigetragen. Insbesondere habe die Europäische Region den freiwilligen Charakter der globalen Zielvorgaben für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten hervorgehoben, aber auch die Notwendigkeit, die vorhandenen Kontrollrahmen so weit wie möglich zu nutzen. Die erste gemeinsame Mission der Interinstitutionellen Arbeitsgruppe im Juli 2014 habe in ein Land der Europäischen Region, nämlich Belarus, geführt. Die Debatte innerhalb der Europäischen Region über die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren werde Auswirkungen auf die Weiterverfolgung des Ergebnisdokuments haben, und das Regionalbüro werde abwarten, wie sich die Weltgesundheitsversammlung zu dieser Thematik ausspreche. Das Sekretariat werde 2016 der Weltgesundheitsversammlung sowie 2017 der Generalversammlung einen Sachstandsbericht vorlegen.

Zwei Delegierte warfen die Frage auf, ob die Bezeichnung „nichtübertragbare Krankheiten“ noch zeitgemäß sei, da die internationale Staatengemeinschaft es nun mit einem deutlich breiteren Spektrum von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen zu tun habe. So sei beispielsweise nicht klar, ob der Begriff auch psychische Gesundheitsprobleme, durch Umwelteinflüsse bedingte Krankheiten oder durch Krankheitserreger verursachte Krebserkrankungen einschließe. Ein anderer Begriff, wie etwa „vermeidbare langfristige Erkrankungen“, sei daher zutreffender.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf erwiderte, der Begriff „nichtübertragbare Krankheiten“ sei aufgrund seiner Verwendung auf hochrangigen Tagungen weithin bekannt und habe einen Wiedererkennungswert, der so weit wie möglich erhalten werden müsse. Der Beigeordnete Generaldirektor für nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit bat mit Nachdruck um weitere Überlegungen, ob künftig ein zutreffenderer Begriff verwendet werden könne.

Abschließend wurde eine Erklärung im Namen der NCD Alliance verlesen.

## **Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit in Afrika**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./9)*

Der per Video-Verbindung vom WHO-Hauptbüro zugeschaltete Beigeordnete Generaldirektor für Gesundheitssicherheit schilderte die Schwere und die Auswirkungen des andauernden Ausbruchs der Ebola-Viruskrankheit, der eine erstrangige Bedrohung für die Gesundheitssicherheit in der betroffenen Region wie auch weltweit darstelle. Bisher seien über 5000 Fälle gemeldet worden, davon 2600 mit tödlichem Ausgang. Die meisten Fälle seien in Guinea, Liberia und Sierra Leone aufgetreten. Die aus anderen Ländern gemeldeten Fälle seien reisebedingt, während ein separater gleichzeitiger Ausbruch im Kongo durch einen anderen Stamm des Virus ausgelöst worden sei. Als Folge seien die Gesundheitssysteme handlungsunfähig, die Nahrungsmittelpreise stiegen, und die betroffenen Gebiete seien aufgrund des Rückzugs der Fluggesellschaften aus der Region in hohem Maße isoliert. Nach Einschätzung der Weltbank werde das BIP der drei am stärksten betroffenen Länder um bis zu 12% sinken, doch die ökonomischen Folgen seien bereits andernorts spürbar, was auf die verbreitete Fehlannahme zurückzuführen sei, dass der gesamte Kontinent von der Seuche befallen sei. Die Atmosphäre in den betroffenen Ländern sei angespannt, was angesichts der bewaffneten Konflikte in relativ jüngerer Vergangenheit besonders besorgniserregend sei. Die verschiedenen Mittel, mit denen versucht worden sei, die Übertragungskette zu durchbrechen, würden allesamt durch zugrunde liegende Schwächen in den Gesundheitssystemen erheblich beeinträchtigt. Zu den nun zu beantwortenden Fragen gehöre, wie die verfügbare Unterstützung am wirksamsten koordiniert und wie zügig und in dem benötigten Umfang von Beratungen auf effektives Handeln umgeschaltet werden

könne. Um Kontrolle über den Ausbruch zu erlangen, müsse in den Nachbarländern wie auch außerhalb der Region die nötige Bereitschaftsplanung in die Wege geleitet werden. Es habe sich als unmöglich erwiesen, die Isolierung der infizierten Personen und die Ermittlung der Kontaktpersonen in dem erforderlichen Umfang zu realisieren. Deshalb prüfe die WHO nun Lösungsansätze, die die betroffenen Gemeinschaften einbezögen. Die Organisation bemühe sich auch darum, Arzneimittel und Impfstoffe schneller verfügbar zu machen, auch durch Beschleunigung der Erprobung von noch nicht abschließend getesteten Impfstoffen in den Phasen 1, 2 und 3 im Hinblick auf eine Beschleunigung ihrer Produktion und eine Ausweitung ihrer Anwendung.

Eine Delegierte stellte fest, die WHO müsse neben ihren lebenswichtigen Anstrengungen zur Bekämpfung des Ausbruchs und zur Versorgung infizierter oder anderweitig betroffener Personen auch die Bedeutung der Kommunikationsarbeit gebührend berücksichtigen. Es herrsche allgemein die Erwartung, dass die WHO bei der Bewältigung der durch den Ausbruch bedingten gesundheitlichen Notlage die Führung übernehmen müsse, und die Art der Reaktion der WHO werde dauerhafte Auswirkungen auf ein breites Spektrum künftiger Handlungsfelder haben. So habe dasselbe Marktversagen, das für das Fehlen eines Impfstoffs gegen das Ebola-Virus verantwortlich sei, auch die anhaltende Vernachlässigung bestimmter Tropenkrankheiten zur Folge und verhindere auch die Entwicklung neuer Antibiotika.

Der Beigeordnete Generaldirektor für Gesundheitssicherheit erklärte, die Krise habe die Schwachstellen und Defizite in den Kapazitäten der Gesundheitssysteme schonungslos offen gelegt; deshalb müsse eine zentrale Lehre lauten, die Anstrengungen zum Ausbau der Kapazitäten zu verdoppeln. Die Kommunikationsarbeit sei von entscheidender Bedeutung, und die Art, in der die WHO in Bezug auf die Ebola-Krise mit der Problematik des Marktversagens umgehe, werde auch umfassende Auswirkungen auf andere Bereiche ihrer Arbeit haben.

## **Internationale Gesundheitsvorschriften**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./8)*

Die Koordinatorin für die Bewertung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von IGV-Kernkapazitäten berichtete, dass bisher 63 Vertragsstaaten die vorgeschriebenen Kernkapazitäten aufgebaut und dass 75 Staaten eine zweite Fristverlängerung beantragt hätten. In der Hälfte der Umsetzungspläne fehlten Angaben zu mindestens einem der Elemente. In der Resolution WHA58.3 der Weltgesundheitsversammlung sei festgelegt, dass die zweite Fristverlängerung um zwei Jahre von der Generaldirektorin gewährt werden kann, die in dieser Frage vom Prüfungsausschuss fachlich beraten wird. Die von den Mitgliedstaaten erbetene Stellungnahme zu den Vorschlägen für eine beschleunigte Anwendung der IGV sei in dem Dokument EUR/RC64/Inf.Doc./8 enthalten, in dem ein kollektiver Ansatz auf der globalen Ebene sowie der Ebene der Regionen und Länder erläutert werde, der der Unterstützung der Vertragsstaaten bei der weiteren Entwicklung, Erhaltung und Nutzung der Kapazitäten für die Frühentdeckung gesundheitlicher Notlagen und wirksame Gegenmaßnahmen diene. Sie stellte fest, die ersten informellen Äußerungen der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region deuteten darauf hin, dass diese den in Dokument EUR/RC64/Inf.Doc./8 vorgeschlagenen Zertifizierungsprozess für juristisch zu komplex hielten und dass die Ausarbeitung globaler Standards sich als zu schwierig erweisen werde.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt berichtete, aus der Europäischen Region der WHO hätten nur neun Vertragsstaaten eine Fristverlängerung beantragt. Die Umsetzung der IGV sei jedoch nach Einrichtung der vorgeschriebenen Kernkapazitäten noch nicht abgeschlossen, sondern müsse als kontinuierlicher Verbesserungsprozess gesehen werden. Offene Kommunikationskanäle mit den nationalen IGV-Anlaufstellen und den zuständigen Ansprechpersonen innerhalb der Europäischen Region der WHO seien besonders wichtig, um die Bedrohungen frühzeitig erkennen und mit anderen potenziell betroffenen Vertragsstaaten Kontakt aufnehmen zu können.

Die Delegierten begrüßten grundsätzlich den Vorschlag einer regionsweiten Konsultation über die Kriterien und die beschleunigte Anwendung der IGV, doch stellten sie auch fest, dass eine derartige Diskussion zu einer so wichtigen Thematik mehr Zeit sowie ein in allen Arbeitssprachen der Region vorliegendes Dokument erfordere. Deshalb wurde angeregt, den Konsultationsprozess auf elektronischem Wege in einem vom Sekretariat festzulegenden Zeitrahmen durchzuführen. Das überarbeitete Dokument solle konkretere Fragen enthalten, um konkretere Antworten zu erhalten. Hinsichtlich der Frage der Zertifizierung wurde um Klarstellung gebeten.

Die Koordinatorin für die Bewertung, Entwicklung und Aufrechterhaltung von IGV-Kernkapazitäten stimmte dem Vorschlag zu, die Konsultationen auf elektronischem Wege durchzuführen. Sie erklärte, die ersten Rückmeldungen von den Mitgliedstaaten deuteten darauf hin, dass die Zertifizierung als nicht ausreichend flexibel angesehen werde.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erklärte sich damit einverstanden, ein überarbeitetes Dokument in sämtlichen vier Arbeitssprachen vorzulegen und die Online-Konsultation vom Regionalbüro aus zu koordinieren.

## **Globaler Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./3)*

Der Koordinator für Infektionsbekämpfung und Publikationen stellte fest, die antimikrobielle Resistenz stelle eine zunehmend gefährliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar. Deshalb habe die 67. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2014 durch Resolution WHA67.25 die Generaldirektorin darum gebeten, einen Entwurf eines globalen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (einschließlich Antibiotika) auszuarbeiten und dabei einen ressortübergreifenden Ansatz zu verfolgen und die Mitgliedstaaten sowie andere maßgebliche Akteure, insbesondere multilaterale Organisationen wie die FAO und die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE), einzubeziehen.

Der Entwurf des globalen Aktionsplans werde die folgenden Komponenten umfassen: Hintergrund, einschließlich aktueller Fortschritte; wichtigste Defizite oder Handlungsschwerpunkte; Leitprinzipien und -werte; zentrale Zielvorgaben und quantifizierbare Ziele; Überwachung und Meldung von Erfolgen; maßgebliche Akteure; und Unterstützungsfunktionen und -mechanismen (einschließlich der Rolle der WHO). Der Aktionsplan werde auf sechs Leitprinzipien basieren: Einbeziehung der Gesellschaft insgesamt; Handeln aufgrund des besten verfügbaren Wissens und der besten verfügbaren Evidenz; Vorrang der Prävention; Zugang zu antimikrobiellen Mitteln und deren angemessener Einsatz; Nachhaltigkeit; und zusätzliche Zielvorgaben für die Umsetzung.

Nach einer von der niederländischen Regierung im Juni 2014 ausgerichteten Ministerkonferenz zum Thema Antibiotika würden im weiteren Jahresverlauf noch weitere Tagungen zu folgenden Themen stattfinden: Schließung der Forschungs- und Wissenslücken (Brasilien, Oktober 2014); Nutzung antimikrobieller Mittel im Gesundheitswesen, einschließlich Zugangs- und Qualitätsaspekten (Norwegen, November 2014); und Entwicklung globaler Surveillancekapazitäten, -systeme und -standards (Schweden, Dezember 2014). Die Strategische und fachliche Beratungsgruppe der WHO für Fragen der antimikrobiellen Resistenz habe im September 2013 und im April 2014 getagt; weitere Sitzungen seien für Oktober 2014 und unmittelbar vor der 68. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2015 geplant. Im Juli und August 2014 habe eine webgestützte Konsultation stattgefunden, und eine zweite Aufforderung zur Stellungnahme sei für Januar 2015 vorgesehen.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt lobte die von den Mitgliedstaaten eingeführten bzw. erweiterten nationalen Aktionspläne sowie die Surveillance-Systeme, die in Ländern außerhalb der EU nach Maßgabe des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen geschaffen worden seien.

Anschließend wurde eine Video-Präsentation über die Ministerkonferenz von Den Haag vom Juni 2014 gezeigt. Ein Delegierter des Gastlandes erwähnte die Ergebniserklärung der Konferenz, in der zur Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten, zur umsichtigen Verwendung von Antibiotika und zur Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel aufgerufen worden sei.

Ein Delegierter Italiens, der im Namen der EU und ihrer Mitgliedstaaten das Wort ergriff, begrüßte die Bemühungen zur Entwicklung eines globalen Aktionsplans und sah der für Oktober 2014 geplanten Konsultation erwartungsvoll entgegen. Das Vorgehen auf der globalen Ebene müsse auf einem einheitlichen gesundheitsorientierten Ansatz („One health“) beruhen und alle maßgeblichen Politikbereiche einbeziehen und dabei auf bereits bestehenden Plänen aufbauen. Es würden klare, messbare Ziele und Zielvorgaben benötigt – zusammen mit einer Reihe von Indikatoren für die Beobachtung und Evaluation der Umsetzung des globalen Aktionsplans. Die EU und ihre Mitgliedstaaten wüssten die enge Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro zu schätzen, insbesondere bei der Harmonisierung der Surveillance-Systeme, und würden gern auch weiterhin den Kapazitätsaufbau in den Ländern der Europäischen Region der WHO unterstützen.

Alle Redner äußerten ihre Zufriedenheit darüber, dass die (von über 60 Ländern mitgetragene) Resolution der Weltgesundheitsversammlung der WHO ein starkes Mandat für entschlossene Maßnahmen zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen und zur Entwicklung eines globalen Aktionsplans gegeben habe. Als wesentliche Bereiche im Hinblick auf seine Ausarbeitung wurden genannt: Sensibilisierung aller maßgeblichen Akteure; Stärkung der Labor- und Surveillance-Kapazitäten; Schulung von Gesundheitspersonal im verantwortungsbewussten Umgang mit Antibiotika; Prävention von Infektionskrankheiten; und Entwicklung neuer Antibiotika. Vertreter der Länder, die im weiteren Jahresverlauf Tagungen ausrichten bzw. gemeinsam organisieren wollen, gaben Auskunft über ihre Ziele: Vereinbarung und entschlossene Verfolgung nationaler Ziele, Strategien und wirksamer Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen; und Bestimmung operativer Lösungsansätze zur Verbesserung der AMR-Surveillance auf der lokalen wie globalen Ebene, unter besonderer Schwerpunktlegung auf Antibiotika.

Eine Delegierte informierte das Regionalkomitee darüber, dass ihr Land zu der Globalen Agenda für Gesundheitssicherheit beitrage und zusammen mit drei anderen Ländern der Europäischen Region die Federführung bei der Entwicklung eines Aktionspakets gegen antimikrobielle Resistenzen übernommen habe, durch das der globale Aktionsplan in allen Mitgliedstaaten verwirklicht werden könne.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt erkannte an, dass die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region maßgeblich dazu beigetragen hätten, dem Themenkomplex AMR einen hohen Stellenwert auf der globalen Agenda zu verschaffen, und erwähnte namentlich die Niederlande, Norwegen, Schweden und das Vereinigte Königreich.

## **Eradikation der Poliomyelitis**

*(EUR/RC64/Inf.Doc./6)*

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt berichtete, die Zahl der weltweit gemeldeten Poliofälle sei von 2013 bis 2014 (September) von 416 auf 171 gesunken. In zwei der drei verbleibenden endemischen Länder sei ein Rückgang zu verzeichnen. Bei der Entdeckung und energischen Bekämpfung von Polioausbrüchen am Horn von Afrika und im Mittleren Osten seien frühzeitige Maßnahmen ergriffen worden. Dennoch habe die Generaldirektorin angesichts der Verschärfung der Lage in einigen Ländern am 5. Mai 2014 die internationale Ausbreitung des Polio-Wildvirus im Laufe des Jahres 2014 zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite gemäß den IGV (2005) erklärt.

Die Generaldirektorin sei den Ratschlägen des Notfallausschusses für „Staaten, die gegenwärtig Polio-Wildviren exportieren“ und für „Staaten, in denen Polio-Wildviren zwar auftreten, aber nicht exportiert



werden“ gefolgt und habe sie als vorläufige Empfehlungen gemäß den IGV veröffentlicht. Demnach sollten Staaten in der ersteren Kategorie dafür Sorge tragen, dass alle ihre Bürger bzw. alle langfristigen Besucher vor Antritt einer Auslandsreise eine Dosis des oralen Polioimpfstoffs (OPV) oder des inaktivierten Polioimpfstoffs (IPV) erhalten, die auf der internationalen Impf- oder Prophylaxebescheinigung vermerkt wird. Die Geltungsdauer dieser Empfehlungen sei mit Wirkung vom 3. August 2014 um drei Monate verlängert worden.

In dem Plan zur Polioeradikation mit einer Polio-Endspielstrategie für den Zeitraum 2013–2018 würden der allmähliche Ausstieg aus der Nutzung der Komponente vom Typ 2 im OPV sowie in Ländern, die OPV verwenden, die Einführung mindestens einer Dosis IPV in ihre Routineimpfprogramme bis Ende 2015 gefordert. Durch das sog. *polio legacy planning* werde angestrebt, die für die Eradikation der Polio geschaffenen Kapazitäten und Errungenschaften zu erhalten, um sie im Hinblick auf andere gesundheitliche Prioritäten nutzbringend einzusetzen.

Der Delegierte des betroffenen Vertragsstaates der IGV (2005) aus der Europäischen Region erklärte, sein Land sei infolge einer Isolierung des Polio-Wildvirus im Abwasser als „infiziert“ eingestuft worden, ohne dass bisher irgendwelche Poliofälle aufgetreten seien oder die Krankheit exportiert worden sei. Das Land habe das Polio-Wildvirus dank seines hocheffektiven Surveillance-Systems entdeckt, und trotz dieser intensiven Überwachung sei seit Ende März 2014 keine der untersuchten Proben mehr positiv getestet worden. Das Land setze die Surveillance-Maßnahmen weiter fort und habe den OPV in sein Routineimpfprogramm aufgenommen.

## Fortschrittsberichte

(EUR/RC64/19, EUR/RC64/19 Corr.1, EUR/RC64/24 Rev.1)

Die in Dokument EUR/RC64/19 und seinem Corrigendum sowie in Dokument EUR/RC64/24 Rev.1 vorgelegten sechs Fortschrittsberichte wurden in zwei Blöcken diskutiert: der erste betraf die Fortschritte in Bezug auf die Kategorien 1 und 5 und der zweite die Fortschritte in den Kategorien 2 und 3 des Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramms.

### **Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten**

#### ***Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015)***

### **Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen**

#### ***Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen***

Ein Vertreter der AIDS Healthcare Foundation, der auch im Namen der International Planned Parenthood Federation sprach, verlas eine Erklärung. Schriftliche Erklärungen wurden vom International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services und von der World Veterinary Association eingereicht.

Der Sondergesandte des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für HIV/Aids in Osteuropa und Zentralasien erkannte die führende Rolle der Europäischen Region im weltweiten Kampf gegen HIV/Aids an, zeigte sich aber gleichzeitig auch besorgt über das anhaltend hohe Ausmaß der Epidemie im östlichen Teil der Region. Es sei klar, dass die MZ und andere Entwicklungsziele in Bezug auf HIV/Aids bis 2015 nicht zu erfüllen seien. Er äußerte sich besorgt über die finanzielle Nachhaltigkeit der Bekämpfung von HIV/Aids. So müssten die Länder ihre entsprechenden Pläne auf der nationalen Ebene forcieren, um sich Finanzmittel von der internationalen Gemeinschaft zu sichern.

Der Leiter des Regionalen Unterstützungsteams für Osteuropa und Zentralasien des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) lobte die Arbeit des Regionalbüros im Bereich HIV/Aids, die nachdrücklich unterstreiche, dass es auch bei abnehmenden Ressourcen noch möglich sei, Ergebnisse zu erzielen. Derzeit würden die Fortschritte innerhalb der Europäischen Region noch durch zwei große Herausforderungen beeinträchtigt: die Diskrepanz zwischen dem Ausmaß der Epidemie im östlichen und im westlichen Teil der Region und die sozialen Ungleichgewichte bei der Verteilung der Prävalenz von Aids. Er forderte alle Betroffenen eindringlich auf, sich nach Kräften dafür einzusetzen, dass HIV/Aids auch nach 2015 einen festen Platz auf der Entwicklungsagenda behalte. Er versicherte dem Regionalkomitee, das UNAIDS werde in seinem Streben nach einer Generation frei von Aids keine Mühen scheuen.

Die Stellvertretende Direktorin der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt dankte dem Sondergesandten des Generalsekretärs und dem Leiter des Regionalen Unterstützungsteams des UNAIDS für ihren Beitrag.

## **Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten**

### ***Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)***

#### ***Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO***

## **Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf**

### ***Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa***

#### ***Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen***

Eine Delegierte eines Mitgliedstaats begrüßte im Namen Dänemarks, Estlands, Finnlands, Islands, Lettlands, Litauens, Norwegens, Schwedens und Sloweniens die Tatsache, dass der Alkoholkonsum in der Europäischen Region insgesamt abgenommen habe, und unterstrich die Aufrechterhaltung dieses Trends in der Zukunft. Es gelte nun dafür zu sorgen, dass die Daten über den Alkoholkonsum zeitnah veröffentlicht würden. Auch wenn die Anstrengungen der WHO auf diesem Gebiet zu begrüßen seien, so müssten sich die Mitgliedstaaten doch künftig verstärkt um eine rechtzeitige Übermittlung ihrer Daten bemühen. Nur allzu oft blieben bei der Regulierung der Alkoholmärkte Belange der öffentlichen Gesundheit unberücksichtigt. Deshalb leiste das Regionalbüro im Hinblick auf die Sammlung, Verbreitung, Validierung und Propagierung wissenschaftlicher Evidenz wertvolle Unterstützungsarbeit für die Vorkämpfer der öffentlichen Gesundheit in der gesamten Europäischen Region. Mit der Validierung durch die WHO erhalte die Evidenz das Gewicht, das sie in politischen Debatten benötige.

Die Delegationen zweier Mitgliedstaaten brachten ihr Bekenntnis zu dem Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa (EHP) zum Ausdruck und begrüßten die Bemühungen des Regionalbüros auf diesem Gebiet. Sie nannten Beispiele für die Arbeit ihrer Länder im Bereich Umwelt und Gesundheit und bezeichneten den EHP als ein anschauliches Beispiel für ein erfolgreiches ressortübergreifendes Vorgehen.

An dieser Stelle wurde eine schriftliche Erklärung des International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services eingereicht.

Der Direktor der Abteilung Nichtübertragbare Krankheiten und Lebensverlauf stellte fest, das Regionalbüro bemühe sich nach Kräften darum, dass die verfügbaren Daten über Alkoholkonsum zur Identifizierung von Risikofaktoren herangezogen würden. Das Regionalbüro habe den großen Umfang der ihm zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten dazu genutzt, Hintergrundinformationen über die Umsetzung des Aktionsplans in den einzelnen Ländern zu erstellen, die es zu einem Paket zusammengefasst und an die Mitgliedstaaten übermittelt habe. Einige Länder in der Europäischen Region wiesen außergewöhnlich hohe Raten des Alkoholkonsums auf. Deshalb sei es unbedingt erforderlich, die Situation weiterhin aufmerksam zu beobachten und entschlossen zu handeln.

## Bestätigung von Ort und Zeitpunkt künftiger Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

*(EUR/RC64/R8)*

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC64/R8 und bestätigte damit, dass seine 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 in Vilnius stattfinden werde. Es beschloss ferner, seine 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen und seine 67. Tagung vom 11. bis 14. September 2017 an einem noch zu bestimmenden Ort abzuhalten.

## Abschluss der Tagung



Ein Vertreter Portugals dankte dem Regionalbüro und der Regierung Dänemarks für ihre Gastfreundschaft während der Tagung und bezeichnete die Beratungen als positiv und konstruktiv. Er lobte insbesondere die Präsentation der Generaldirektorin über den Ebola-Ausbruch. Unter dem Hinweis, dass sich vor kurzem ein weiterer Bürger eines europäischen Landes mit der Krankheit infiziert habe, versprach er die Unterstützung des Regionalkomitees für eine Beteiligung der WHO an den Bemühungen zur Bewältigung des Ausbruchs. Er beglückwünschte die Regionaldirektorin zu den Erfolgen des Regionalbüros unter ihrer Führung in den vergangenen fünf Jahren und begrüßte den Beschluss, sie für eine zweite Amtszeit zu nominieren. Abschließend gratulierte er allen Teilnehmern zu einer äußerst erfolgreichen Tagung.

## Resolutionen und Beschlüsse

### **EUR/RC61/R1. Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013**

Das Regionalkomitee –

nach Erörterung und Prüfung des Berichts der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2012–2013 (Dokument EUR/RC64/5) und des dazugehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 2012–2013 (Dokument EUR/RC64/18) –

1. DANKT der Regionaldirektorin für den Bericht;
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Haushaltszeitraum 2012–2013 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, bei der Weiterentwicklung der Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros die während der Beratungen auf der 64. Tagung gemachten Vorschläge zu berücksichtigen und in die Arbeit einzubeziehen.

### **EUR/RC64/R2. Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC64/4 und EUR/RC64/4 Add. 1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit;
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 64. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu ergreifen und dabei die vom Regionalkomitee auf seiner 64. Tagung vorgebrachten und im Tagungsbericht festgehaltenen Vorschläge und Anregungen vollständig zu berücksichtigen.

### **EUR/RC60/R3. Nominierung des Regionaldirektors bzw. der Regionaldirektorin der Europäischen Region der WHO**

Das Regionalkomitee –

in Anbetracht von Artikel 52 der Satzung der WHO und

in Übereinstimmung mit Regel 47 der Geschäftsordnung des Regionalkomitees für Europa –

1. NOMINIERT Zsuzsanna Jakab zur Regionaldirektorin für Europa; und
2. ERSUCHT die Generaldirektorin, dem Exekutivrat die Ernennung von Zsuzsanna Jakab mit Wirkung vom 1. Februar 2015 vorzuschlagen.

### **EUR/RC64/R4. Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020**

Das Regionalkomitee –

in Anerkennung der Bedeutung, die der Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 im Hinblick auf die Intensivierung der Arbeit am Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 und dessen Kategorien 2 (nichtübertragbare Krankheiten) und 4 (Gesundheitssysteme) zukommt,

unter Hinweis auf die Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (Resolution A/RES/66/2),

unter Hinweis auf den Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) und den durch Resolution WHA66.10 angenommenen umfassenden globalen Kontrollrahmen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten,

ferner unter Hinweis auf den durch die Resolution EUR/RC61/R3 angenommenen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016),

mit Besorgnis feststellend, dass trotz Fortschritten bei der Erhöhung des Stellenwerts nichtübertragbarer Krankheiten und der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren (insbesondere Tabakkonsum) in der Europäischen Region die Prävalenz des Konsums von Tabakerzeugnissen bei sowohl Jugendlichen als auch Erwachsenen weiter hoch ist, insbesondere in manchen Teilen der Region,

ferner in der Feststellung, dass verstärkte Anstrengungen erforderlich sind zur vollständigen Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs durch die Vertragsparteien und zur Weiterentwicklung der Strategien und Aktivitäten zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Region,

nach Prüfung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020, namentlich der Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020, die im Dezember 2013 in Aschgabat (Turkmenistan) angenommen wurde,

in der Einsicht, dass mit dieser Resolution die Umsetzung des Globalen Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) verstärkt wird, sodass für sie von einer Geltungsdauer bis zum Jahr 2020 ausgegangen wird –

1. STIMMT der Erklärung von Aschabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 ZU;
2. BITTET die Mitgliedstaaten<sup>1</sup> EINDRINGLICH:
  - a) die Anpassung des globalen Kontrollrahmens für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und seiner auf Freiwilligkeit beruhenden Vorgaben an die Gegebenheiten im jeweils eigenen Land zu beschleunigen und gemäß ihren auf der globalen Ebene eingegangenen Verpflichtungen über Fortschritte zu berichten,
  - b) die vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs noch weiter zu einem vorrangigen Anliegen zu machen und zu beschleunigen, falls sie bereits Vertragsparteien des Übereinkommens sind, bzw. anderenfalls seine Ratifikation und Umsetzung in Erwägung zu ziehen, um zur Erfüllung der globalen Zielvorgabe einer Senkung des Tabakkonsums beizutragen,
  - c) die Durchführung einer formellen Bestimmung der Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Rahmen einer nationalen Anstrengung zur Schaffung einer integrierten, bürgernahen Gesundheitsversorgung mit dem Ziel der Bekämpfung dieser Krankheiten und ihrer Folgen zu erwägen;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
  - a) gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs einen Maßnahmenkatalog unter Leitung des Regionalbüros als einen Beitrag dazu auszuarbeiten, die globale Zielvorgabe für nichtübertragbare Krankheiten in Bezug auf den Tabakkonsum in der Europäischen Region zu erfüllen, und auf Wunsch jenen Mitgliedstaaten, die Vertragsparteien des Übereinkommens sind, Unterstützung für eine vollständige Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zu ermöglichen und diesen Maßnahmenkatalog dem Regionalkomitee auf seiner 65. Tagung im Jahr 2015 vorzulegen und sicherzustellen, dass Berichtspflichten nach diesem Maßnahmenkatalog vollständig stimmig zu denen nach dem Rahmenübereinkommen sind,
  - b) die fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Erfüllung sämtlicher globaler Zielvorgaben und der Bestimmung der Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu stärken,
  - c) in Partnerschaft mit allen maßgeblichen Akteuren die Ziele der Erklärung von Aschabat zu verfolgen und ihre Werte zu propagieren.

## **EUR/RC64/R5. Europäischer Impaktionsplan (2015–2020)**

Das Regionalkomitee –

---

<sup>1</sup> und ggf. Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration

nach Prüfung des Europäischen Impfkaktionsplans (2015–2020) (EVAP, Dokument EUR/RC64/15 Rev.1),

in Anerkennung des Beitrags dieser Resolution zum Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 und zu dessen Kategorien 1 (übertragbare Krankheiten), 4 (Gesundheitssysteme) und 5 (Vorsorge, Surveillance und Reaktion),

in Anerkennung des wesentlichen Beitrags des EVAP zu den inhaltlichen Prioritäten von Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert sowie der Entschlossenheit zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und der Garantie, alle Menschen uneingeschränkt am Nutzen von Impfungen teilhaben zu lassen, und in Anerkennung der Ausrichtung des EVAP an der durch Resolution EUR/RC58/R4 bestätigten Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, dem Dokument EUR/RC64/12 („Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)“), der Resolution EUR/RC62/R5 („Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit“) und dem Integrierten Globalen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung von Lungenentzündung und Durchfallerkrankungen,

in Anbetracht des durch Resolution WHA65.17 bestätigten Globalen Impfkaktionsplans (2011–2020), der Dekade der Impfstoff-Kooperation (2011–2020) und der Bedeutung von Impfmaßnahmen als besonders kostenwirksamen Interventionen für die Bevölkerungsgesundheit, die als Kernelement des Menschenrechts auf Gesundheit anerkannt werden sollten,

unter Hinweis auf die von den Mitgliedstaaten angenommene Resolution EUR/RC60/R12 („Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015 und nachhaltige Unterstützung für den poliofreien Status in der Europäischen Region der WHO“),

in Anbetracht des Beitrags erfolgreicher Impfprogramme bei der Verwirklichung globaler und regionsweiter Gesundheitsziele (namentlich der Senkung der Mortalität und Morbidität von Kindern) und ihres Potenzials für die Senkung der Mortalität und Morbidität im gesamten Lebensverlauf,

besorgt darüber, dass es immer noch zu Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten kommt und dass es innerhalb der Europäischen Region auf der nationalen wie subnationalen Ebene Impflücken in Bezug auf Routineimpfungen gibt,

in der Erkenntnis, dass für einen allgemeinen, chancengleichen Zugang zu nachhaltigen, hochwertigen Impfprogrammen, die den Bedürfnissen der Allgemeinbevölkerung unter besonderer Beachtung marginalisierter und unterversorgter Bevölkerungsgruppen gerecht werden und auf die Bedenken von Impfskeptikern reagieren, politischer Wille und beschleunigtes Handeln erforderlich sind,

in dem Verständnis, dass diese Resolution nicht an Stelle einer noch geltenden Resolution des Regionalkomitees tritt und dass von einer Geltungsdauer für den Zeitraum 2015–2020 ausgegangen wird –

1. NIMMT den Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) mit den darin enthaltenen strategischen Zielen, Zielsetzungen und Zielvorgaben AN, wie sie in seinem Beobachtungs- und Evaluationsrahmen aufgeführt sind;

2. BITTET die Mitgliedstaaten<sup>1</sup> EINDRINGLICH:

a) Impfmaßnahmen als vorrangig zu behandeln, einen dauerhaften politischen Willen zur Verwirklichung der im EVAP genannten Zielsetzungen aufzubringen und ausreichende Finanzmittel für die Erreichung der Ziele der nationalen Impfprogramme bereitzustellen,

- b) das Impfwesen in die Handlungskonzepte und Strategien der nationalen Gesundheitssysteme und der öffentlichen Gesundheitsdienste einzubinden, um die Zielvorgaben für die Durchimpfung auf allen Verwaltungsebenen in der Europäischen Region zu erfüllen,
  - c) ihre nationalen Gesundheitskonzepte und -strategien und ihre nationalen Impfpläne gegebenenfalls auf den EVAP auszurichten und dessen Zukunftsvision und Strategien angemessen, gemäß den epidemiologischen Erfordernissen, umzusetzen,
  - d) die Kapazitäten der nationalen Impfprogramme für die Formulierung und Umsetzung evidenzbasierter Handlungskonzepte zu stärken, Auffrischkurse zum Thema Immunisierung für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen anzubieten und die Kapazitäten der Länder zur Einführung innovativer Leistungserbringungskonzepte mittels geeigneter Kommunikationstechnologien und -verfahren auszuweiten,
  - e) über die Gefahren impfpräventabler Krankheiten wie auch über Nutzen und Risiken von Impfmaßnahmen zu informieren, um Vertrauen in Impfstoffe, Impfangebote und Gesundheitsbehörden zu schaffen,
  - f) im Rahmen bereits bestehender Meldepflichten und -verfahren über Indikatoren zu berichten und die im Beobachtungs- und Evaluationsrahmen des EVAP genannten Berichterstattungsfristen einzuhalten;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
- a) die Umsetzung des EVAP in der Europäischen Region durch strategische Anleitung für die Mitgliedstaaten zu unterstützen und strategische Partnerschaften für die Bereitstellung fachlicher Unterstützung zu schaffen,
  - b) in den Mitgliedstaaten und bei maßgeblichen Partnerorganisationen für ein entschlossenes Engagement und entsprechende Mittel zur Stärkung der Impfprogramme zu werben, um die im EVAP genannten Zielsetzungen zu verwirklichen,
  - c) zu der Frage Stellung zu nehmen, wie bestimmte Risikogruppen, etwa marginalisierte und unterversorgte Bevölkerungsgruppen und Impfskeptiker, erreicht werden können,
  - d) die Fortschritte bei der Verwirklichung der Zielsetzungen und Zielvorgaben des EVAP zu verfolgen und zu evaluieren und so zur Beobachtung und Evaluation der globalen Indikatoren und Zielvorgaben im Rahmen des Globalen Impfkaktionsplans (2011–2020) beizutragen,
  - e) die für die Umsetzung des EVAP notwendigen Mittel in zwei aufeinander folgenden Programmhaushalten bereitzustellen und durch den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees auf etwaige Finanzierungslücken aufmerksam zu machen,
  - f) dem Regionalkomitee auf seiner 67. und 71. Tagung in den Jahren 2017 bzw. 2021 über die Umsetzung des EVAP Bericht zu erstatten.

### **EUR/RC64/R6. In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung der Dokumente „In Kinder investieren: Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)“ (EUR/RC64/12) und „In Kinder investieren: Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)“ (EUR/RC64/13),



in Anerkennung des Beitrags dieser Resolution zum Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm 2014–2019 und zu dessen Kategorien 1 (übertragbare Krankheiten), 2 (nichtübertragbare Krankheiten) und 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf),

unter Anknüpfung an die Resolutionen EUR/RC55/R6 („Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“) und EUR/RC55/R9 („Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO“),

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA56.24 (Umsetzung der Empfehlungen des Weltberichts Gewalt und Gesundheit)<sup>2</sup>, WHA64.27 (Verletzungsprävention bei Kindern), WHA65.6 (Umfassender Plan zur Verbesserung der Ernährung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern) und WHA67.15 (Stärkung der Rolle des Gesundheitssystems bei der Bekämpfung von Gewalt, insbesondere gegen Frauen und Mädchen und generell gegen Kinder) sowie auf das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes,

in der Erkenntnis, dass sowohl in der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) als auch im Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020) Lösungsansätze propagiert werden, die auf die Resolution EUR/RC62/R4 (Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden) abgestimmt und mit dieser in Zusammenhang zu sehen sind,

unter Nutzung der Synergieeffekte mit anderen Strategien und Konzepten der WHO wie dem Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) (Resolution EUR/RC61/R3), dem Europäischen Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Resolution EUR/RC62/R5), dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit (Resolution EUR/RC63/R10) und dem Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020)(Resolution EUR/RC64/R5),

in der Einsicht, dass diese Resolution an Stelle der Resolution EUR/RC55/R6 („Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“) und der Resolution EUR/RC55/R9 („Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO“) tritt und dass von einer Geltungsdauer für den Zeitraum 2015–2020 ausgegangen wird,

in Anbetracht der Tatsache, dass die Arbeit in Bezug auf andere Arten von Verletzungen, die Gegenstand der Resolution EUR/RC55/R9 sind, in der Europäischen Region im Rahmen der Umsetzung der Resolutionen WHA56.24 (Umsetzung der Empfehlungen des Weltberichts Gewalt und Gesundheit), WHA57.10 (Straßenverkehrssicherheit und Gesundheit) und WHA64.27 (Verletzungsprävention bei Kindern) fortgeführt wird –

1. NIMMT die Dokumente „Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)“ und „Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)“ AN,

---

<sup>2</sup> In dem Bericht wird Kindesmisshandlung definiert als jegliche in einem Verantwortungs-, Vertrauens- oder Machtverhältnis ausgeübte Form von körperlicher bzw. emotionaler Gewalt, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder nachlässiger Behandlung oder kommerzieller oder sonstiger Ausbeutung, welche die Gesundheit, das Überleben, die Entwicklung oder die Würde des Kindes gefährdet (übersetzt nach Kapitel 3, S. 59).

2. FORDERT die Mitgliedstaaten<sup>1</sup> EINDRINGLICH AUF:
  - a) auf eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen und auf eine Verringerung ihrer Krankheitslast – einschließlich der durch Misshandlung und andere negative Erfahrungen in der Kindheit bedingten Krankheitslast – hinzuarbeiten und dabei Maßnahmen für Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention sowie Untersuchungen über die Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kindern in die Wege zu leiten und flächendeckende Maßnahmen mit zielgerichteten Maßnahmen speziell zugunsten besonders gefährdeter Gruppen zu verbinden;
  - b) die Rechte von Kindern zu achten, ihre soziale Integration zu fördern, Chancengleichheit in Bezug auf die Verwirklichung einer höchstmöglichen Lebensqualität herzustellen und in Interventionen zu investieren, die der frühkindlichen Entwicklung, des Wachstums in der Jugend, der Entstehung eines förderlichen familiären Umfelds und der Schaffung geeigneter institutioneller Strukturen zuträglich sind,
  - c) die Gesundheitssysteme und die Präventionsangebote so zu stärken, dass sie den Zugang zu einem Kontinuum der hochwertigen Gesundheitsversorgung ermöglichen, das von der Phase vor der Geburt über die gesamte Kindheit bis zum Ende des Jugendalters reicht, um so bessere gesundheitliche und soziale Resultate zu erzielen,
  - d) sicherzustellen, dass in Bezug auf die bestehenden internationalen Berichtspflichten im Bereich der Kindesmisshandlung einschlägige Kontrollsysteme vorhanden sind;
3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:
  - a) die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Strategie und des Aktionsplans zu unterstützen,
  - b) im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit von Kindern und die Prävention von Kindesmisshandlung Partnerschaften mit allen maßgeblichen Akteuren zu fördern, insbesondere in Zusammenarbeit mit den anderen Organisationen der Vereinten Nationen in der Europäischen Region,
  - c) sich für ein Engagement der Politik sowie entsprechende Ressourcen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen und zur Vorbeugung gegen Misshandlung einzusetzen,
  - d) in künftigen Programmhaushalten die notwendigen Mittel für die Umsetzung der Resolution vorzusehen und durch den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees auf Finanzierungslücken aufmerksam zu machen,
  - e) dem Regionalkomitee auf seiner 68. und 71. Tagung in den Jahren 2018 und 2021 über die Umsetzung der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und des Aktionsplans der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020) Bericht zu erstatten.

## **EUR/RC64/R7. Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)**

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) (Dokument EUR/RC64/14),

in Anbetracht der Priorität, die dem Abbau der Krankheitslast durch ernährungsbedingte, nichtübertragbare Krankheiten im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm (2014–2019) insbesondere in folgenden Kategorien beigemessen wurde: 2 (nichtübertragbare Krankheiten), 3 (Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf) und 5 (Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen),

unter Hinweis auf Resolution WHA63.23 der Weltgesundheitsversammlung, in der politische Entschlossenheit zur Verhütung und Bekämpfung von Fehlernährung in all ihren Formen, die Umsetzung der Globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern und der Ausbau von auf die Ernährung abzielenden Interventionen gefordert wurden,

unter Hinweis auf den globalen Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020), der durch Resolution WHA66.10 gebilligt wurde,

in Anerkennung der Bedeutung des Kampfes gegen nichtübertragbare Krankheiten gemäß den grundsätzlichen Prioritäten aus Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert,

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC61/R3, durch die der Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016) als ein strategischer Handlungsrahmen für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region angenommen wurde,

Kenntnis nehmend von Resolution EUR/RC63/R4, mit der die Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 gutgeheißen wurde,

in der Erkenntnis, dass diese Resolution für den Zeitraum bis 2020 gelten soll und an die Stelle von Resolution EUR/RC57/R4 zur Weiterverfolgung der Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas und des zweiten Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung tritt –

1. NIMMT den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020) unter Berücksichtigung nationaler Kontexte, Gesetzgebungen und kultureller Aspekte der Ernährung AN,

2. BITTET die Mitgliedstaaten<sup>1</sup> EINDRINGLICH:

- a) die in dem Aktionsplan dargelegten Lösungsansätze für die Entwicklung, Umsetzung und Auswertung ihrer nationalen Ernährungspolitik gemäß den nationalen Umständen gebührend zu berücksichtigen gemäß den nationalen Umständen gebührend zu berücksichtigen,
- b) gesunde Ernährungsweisen während des gesamten Lebensverlaufs zu fördern und dabei unter Verwendung evidenzbasierter Konzepte, soweit verfügbar, auf allen Ebenen für die Rahmenbedingungen gesunder Nahrung zu sorgen,
- c) gegebenenfalls geeignete Leitungsstrukturen zur Verwirklichung sektorübergreifender Maßnahmen einzurichten, durch die gesunde Ernährungsweisen gefördert und Erkrankungen aufgrund von Fehlernährung verhindert werden können,
- d) sektorübergreifende Bündnisse und Netzwerke zu schaffen und dabei maßgebliche Akteure einzubeziehen und die Bürger zu eigenständigem Handeln zu befähigen,
- e) die Kapazitäten der nationalen Gesundheitsversorgungssysteme zu stärken, damit diese auf Ernährungsprobleme reagieren und gesunde Ernährungsweisen fördern können;

3. ERSUCHT die Regionaldirektorin:

- a) die Mitgliedstaaten auf Ersuchen bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Nahrung und Ernährung (2015–2020) zu unterstützen,
- b) die Umsetzung des Aktionsplans auszuwerten,
- c) die Ziele aus dem Aktionsplan und der Erklärung von Wien in Partnerschaft mit internationalen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zu verfolgen,

- d) in künftigen Programmhaushalten für die zur Umsetzung der Resolution erforderlichen Mittel zu sorgen und durch den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees auf Finanzierungslücken aufmerksam zu machen,
- e) dem Regionalkomitee auf seiner 67. und 71. Tagung in den Jahren 2017 bzw. 2021 über die Umsetzung des Aktionsplans Bericht zu erstatten.

### **EUR/RC64/R8. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2015-2018**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die während seiner 63. Tagung angenommene Resolution EUR/RC63/R11 –

1. BEKRÄFTIGT, dass die 65. Tagung vom 14. bis 17. September 2015 in Vilnius (Litauen) abgehalten wird;
2. BESCHLIESST, dass die 66. Tagung vom 12. bis 15. September 2016 in Kopenhagen abgehalten wird;
3. BESCHLIESST, dass die 67. Tagung vom 11. bis 14. September 2017 an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird;
4. BESCHLIESST FERNER, dass die 68. Tagung zu einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt und an einem noch zu bestimmenden Ort abgehalten wird.

## **Anhang 1: Tagesordnung**

### **1. Eröffnung der Tagung**

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

### **2. Ansprachen**

- (a) Ansprache der Regionaldirektorin und Bericht über die Arbeit des Regionalbüros
- (b) Ansprache der Generaldirektorin
- (c) Ansprache Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark

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

### **4. Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (SCRC)**

### **5. Grundsatz- und Fachfragen**

- (a) Gesundheit 2020
  - (i) Erster Bericht über die Umsetzung von Gesundheit 2020
- (b) Ergebnisse der hochrangigen Konferenzen
  - (i) Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Folgetagung zur Charta von Tallinn von 2008 (Tallinn, Estland, 17.–18. Oktober 2013)
  - (ii) Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung (Almaty, Kasachstan, 6.–7. November 2013)
  - (iii) Europäische Ministerkonferenz der WHO über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 (Aschgabat, Turkmenistan, 3.–4. Dezember 2013)
- (c) In Kinder investieren
  - (i) Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)
  - (ii) Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)
- (d) Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)
- (e) Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020)
- (f) Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO
- (g) Auswirkungen der Reform der WHO auf das Regionalbüro für Europa
  - (i) Überblick über die Konsequenzen der WHO-Reform für die Tätigkeit des Regionalbüros
  - (ii) Programmhaushaltsentwurf 2016–2017 – Die Perspektive der Europäischen Region

- (iii) Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität
- (iv) Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren
- (h) Fortschrittsberichte
  - (i) Kategorie 1: Übertragbare Krankheiten
    - (1) Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids 2012–2015 (EUR/RC61/R8)
  - (ii) Kategorie 5: Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen
    - (1) Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (EUR/RC61/R6)
  - (iii) Kategorie 2: Nichtübertragbare Krankheiten
    - (1) Umsetzung des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) (EUR/RC61/R4)
    - (2) Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC55/R9)
  - (iv) Kategorie 3: Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf
    - (1) Die Zukunft des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa (EUR/RC60/R7)
    - (2) Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (EUR/RC55/R6)

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

- (a) Nominierung für das Amt des Regionaldirektors
- (b) Nominierung von vier Mitgliedern für den Exekutivrat
- (c) Wahl von vier Mitgliedern für den SCRC
- (d) Wahl eines Mitglieds für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- (e) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

## **7. Bestätigung von Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees**

## **8. Sonstige Angelegenheiten**

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

**Fachinformationssitzungen**

- Migration und Gesundheit
- Krankenpflege- und Geburtshilfepersonal: eine wesentliche Gesundheitsressource
- Verstärkung der Länderarbeit beim WHO-Regionalbüro für Europa
- Gesundheitsinformationssysteme in Europa: Wohin bewegen wir uns?
- Gesundheit von Frauen

**Mittagessen der Minister**

- Gesundheit als Thema auf der Entwicklungsagenda nach 2015
- Die Wirkung von Investitionen in die frühkindliche Entwicklung

## Anhang 2: Liste der Dokumente

### Arbeitsdokumente

EUR/RC64/1 Rev.2	Vorläufige Liste der Dokumente
EUR/RC64/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC64/2 Add.1 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung (mit Kommentaren)
EUR/RC64/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC64/4 Rev.1	Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa
EUR/RC64/4 Add.1	Eindundzwanzigster Ständiger Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa: Bericht über die fünfte Tagung
EUR/RC64/5	Verwirklichung unserer Vision: Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013
EUR/RC64/6	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der 67. Weltgesundheitsversammlung ergeben
EUR/RC64/7	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC64/7 Add.1	Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO
EUR/RC64/8 Rev.2	Die Umsetzung von Gesundheit 2020 im Zeitraum 2012–2014
EUR/RC64/9	Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand im Kontext von Gesundheit 2020: Folgetagung zur Charta von Tallinn (2008)
EUR/RC64/10	Internationale Jubiläumskonferenz zum 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata von WHO und UNICEF über die primäre Gesundheitsversorgung
EUR/RC64/11	Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020
EUR/RC64/11 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees zur Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020
EUR/RC64/12	In Kinder investieren: Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020)
EUR/RC64/12 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)“
EUR/RC64/13	In Kinder investieren: Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)
EUR/RC64/14	Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)



EUR/RC64/14 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)“
EUR/RC64/15 Rev.1	Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020)
EUR/RC64/15 Add.1	Finanzielle und administrative Auswirkungen auf das Sekretariat bei Annahme des Entwurfs der Resolution des Regionalkomitees „Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020)“
EUR/RC64/16	Reform der WHO: Fortschritte und Folgen für die Europäische Region
EUR/RC64/17	Programmhaushaltsentwurf 2016-2017 – Die Perspektive der Europäischen Region der WHO
EUR/RC64/18	Leistungsbeurteilung für den Programmhaushalt des WHO-Regionalbüros für Europa 2012–2013
EUR/RC64/19	Fortschrittsberichte
EUR/RC64/19 Corr.1	Fortschrittsberichte
EUR/RC64/20	Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität
EUR/RC64/21	Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren
EUR/RC64/22	Rahmen für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren: Bericht des Sekretariats an die Regionalkomitees
EUR/RC64/23 Rev.1	Programmhaushaltsentwurf 2016–2017
EUR/RC64/24 Rev.1	Fortschritte mit dem Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa
EUR/RC64/25	Strategische Zuweisung von Haushaltskapazität: Operative Segmente

### **Konferenzdokumente**

EUR/RC64/Conf.Doc./1	Bericht der Regionaldirektorin über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2012–2013
EUR/RC64/Conf.Doc./2	Bericht des Einundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC64/Conf.Doc./3	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2015–2018
EUR/RC64/Conf.Doc./4	Nominierung des Regionaldirektors bzw. der Regionaldirektorin der Europäischen Region der WHO
EUR/RC64/Conf.Doc./5 Rev.1	In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)
EUR/RC64/Conf.Doc./6 Rev.1	Erklärung von Aschabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020
EUR/RC64/Conf.Doc./7 Rev.1	Europäischer Impfkaktionsplan (2015–2020)
EUR/RC64/Conf.Doc./8 Rev.1	Europäischer Aktionsplan Nahrung und Ernährung (2015–2020)

**Informationsdokumente**

EUR/RC64/Inf.Doc./1 Rev.1	Achievements in meeting key commitments made at the 60th session of the WHO Regional Committee for Europe
EUR/RC64/Inf.Doc./2	Partnerships for health in the European Region
EUR/RC64/Inf.Doc./2 Add.1	Annex. Key partners currently working with the WHO Regional Office for Europe
EUR/RC64/Inf.Doc./3	Development of a global action plan on antimicrobial resistance
EUR/RC64/Inf.Doc./4 Rev.1	Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases
EUR/RC64/Inf.Doc./5	Malaria
EUR/RC64/Inf.Doc./6	Global Polio Eradication Initiative Implementing the Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018
EUR/RC64/Inf.Doc./7	Implementing resolution WHA67.6 on hepatitis
EUR/RC64/Inf.Doc./8	Regional consultation on the accelerated use of the <i>International Health Regulations (2005)</i>
EUR/RC64/Inf.Doc./9	Update on 2014 Ebola outbreak

## Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer

### I. Mitgliedstaaten

#### Albanien

*Repräsentant*

Illir Beqaj  
Gesundheitsminister

*Berater*

Thanas Goga  
Berater des Gesundheitsministers

#### Andorra

*Repräsentant*

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

#### Armenien

*Repräsentant*

Dr. Armen Muradyan  
Gesundheitsminister

*Berater*

S. E. Hrachya Aghajanyan  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Republik Armenien in Dänemark

Lilit Sargsyan  
Botschaftsrätin, Botschaft der Republik Armenien in Dänemark

#### Aserbaidshan

*Repräsentant*

Prof. Ogtay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

*Stellvertreter*

Dr. Samir Abdullayev  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Belarus

### *Repräsentant*

Dr. Vasily Zharko  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

Anatoli Hrushkousky  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Belgien

### *Repräsentant*

S. E. Pol De Witte  
Botschafter, Botschaft Belgiens in Dänemark

### *Stellvertreter*

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

Dr. Daniel Reynders  
Leiter, Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst  
Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

### *Berater*

Brigitte Bouton  
Generalinspekteurin, Abteilung für Gesundheit, Allgemeines Betriebszentrum für örtliche  
Verwaltung, Soziales und Gesundheit, Öffentlicher Dienst Walloniens

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

Loïc Ledent  
Abteilung für auswärtige Beziehungen, Allgemeines Betriebszentrum für örtliche Verwaltung,  
Soziales und Gesundheit, Öffentlicher Dienst Walloniens

## Bosnien und Herzegowina

### *Repräsentant*

Sredoje Nović  
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

### *Stellvertreter*

Prof. Rusmir Mesihović  
Gesundheitsminister

Dr. Amelia Lolić  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und Soziales, Republika Srpska

Dr. Anđa Nikolić  
Leiterin, Abteilung Gesundheit und andere Leistungen, Regierung des Bezirks Brčko

*Beraterin*

Dunja Šmitran  
Dolmetscherin, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten

## **Bulgarien**

*Repräsentanten*

Dr. Angel Kunchev  
Leitender Staatlicher Gesundheitsinspektor, Gesundheitsministerium

Elka Doncheva  
Zweite Sekretärin, Direktion für Menschenrechte, Außenministerium

## **Dänemark**

*Repräsentanten*

Nick Hækkerup  
Gesundheitsminister

Per Okkels  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Dr. Else Smith  
Generaldirektorin, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

Svend Særkjær  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

*Berater*

Hanne Charlotte Findsen  
Leitende Beraterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

Trine Houe  
Persönliche Referentin des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Carlo Andersen  
Persönlicher Referent des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Dr. Barbara Hjalsted  
Leitende Gesundheitsbeamtin, Dänische Gesundheits- und Arzneimittelbehörde

Mads Petersen  
Referatsleiter, Gesundheitsministerium

Søren Lippert  
Persönlicher Berater des Gesundheitsministers

## **Deutschland**

### *Repräsentantinnen*

Annette Widmann-Mauz  
Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit

Dagmar Reitenbach  
Leiterin, Referat Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

### *Stellvertreter*

Björn Kümmel  
Fachlicher Berater, Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

### *Berater*

Barbara Gerlach  
Persönliche Assistentin der Parlamentarischen Staatssekretärin

Andrea Beck  
Leiterin, Referat Protokoll, Sprachendienst, internationaler Besucherdienst, Verbindung zu in- und ausländischen Vertretungen, Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Ifland  
Berater, Globale Gesundheitspolitik

Britta Groeger  
Dolmetscherin

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

### *Repräsentanten*

Nikola Todorov  
Gesundheitsminister

S. E. Naim Memeti  
Außerordentlicher und bevollmächtigter Botschafter, Botschaft der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien in Dänemark

*Stellvertreter*

Jovica Andovski  
Stellvertretender Gesundheitsminister und Leiter des Sekretariats des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks

Jovan Grpovski  
Berater, Stab des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

*Berater*

Aleksandar Kacarski  
Berater, Sekretariat des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks, Gesundheitsministerium

Jumni Sali  
Zweiter Sekretär, Botschaft der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien in Dänemark

Tatjana Vasikj Bozadjieva  
Beraterin, Gesundheitsministerium

Aleksandra Ristovska Evtimova  
Berater, Gesundheitsministerium

**Estland***Repräsentanten*

Dr. Ivi Normet  
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für Soziales

Dr. Liis Roováli  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

*Stellvertreterin*

Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

*Berater*

Jürgen Ojalo  
Leitender Sachverständiger, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

Taavo Lumiste  
Dritter Sekretär, Ständige Vertretung Estlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

I. E. Katrin Kivi  
Botschafterin, Botschaft Estlands in Dänemark

## **Finnland**

### *Repräsentanten*

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

Outi Kuivasniemi  
Ministerielle Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

### *Stellvertreter*

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva  
Ministerielle Beraterin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Referat Gesundheitsförderung, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Pasi Mustonen  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

### *Berater*

Dr. Jaakko Yrjö-Koskinen  
Ministerieller Berater, Referat Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Anni-Riitta Virolainen-Julkunen  
Leitende medizinische Referentin, Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit, Referat Gesundheitsförderung, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Ministerielle Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Timo Ståhl  
Leitender Sachverständiger, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Satu Leino  
Hochrangige Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## **Frankreich**

### *Repräsentant*

Prof. Benoît Vallet  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen

### *Stellvertreterin*

Amélie Schmitt  
Leiterin, Referat Internationale Gesundheit und Sozialschutz, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen



*Berater*

Alexandre de la Volpilière  
Missionsleiter, Europäische und internationale Angelegenheiten, Generaldirektion, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen

Marc Boisnel  
Gesundheitsberater, Ständige Vertretung Frankreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Katell Daniault  
Referentin, Referat Internationale Gesundheit und Sozialschutz, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen

Emmanuelle Jouy  
Referentin, Referat Internationale Gesundheit und Sozialschutz, Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Frauen

**Georgien***Repräsentant*

S. E. Nikoloz Rtveliashvili  
Botschafter, Botschaft Georgiens in Dänemark

*Beraterin*

Sophia Otiashvili  
Beraterin, Botschaft Georgiens in Dänemark

**Griechenland***Repräsentanten*

Makis Voridis  
Gesundheitsminister

I. E. Eleni Sourani  
Botschafterin, Botschaft Griechenlands in Dänemark

*Stellvertreterinnen*

Dr. Athina Kyrlesi  
Generaldirektorin, Öffentliche Gesundheit und Lebensqualität, Gesundheitsministerium

Vasiliki Papanoti  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Berater*

Chrysostomos Gounaris  
Stellvertretender Geschäftsführer, Erste Gesundheitsversorgungsregion Attica

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

Prof. Sotirious Tsiordras  
Assistenzprofessor für Infektionskrankheiten, Universität Athen

Dr. Pavlos N. Theodorakis  
Geschäftsführer, Verband der psychiatrischen Krankenhäuser in Athen

Panagiotis Kostoulas  
Gesundheitsministerium

## **Irland**

### *Repräsentanten*

Louise Kenny  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales und Forschung, Gesundheitsministerium

Ronan Toomey  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Gesundheit und Wohlbefinden, Gesundheitsministerium

## **Island**

### *Repräsentanten*

Kristján Þór Júlíusson  
Minister für Gesundheit, Ministerium für Soziales

Anna Lilja Gunnarsdóttir  
Staatssekretärin, Ministerium für Soziales

### *Stellvertreter*

Dr. Geir Gunnlaugsson  
Oberster Gesundheitsbeamter, Gesundheitsdirektion

Dr. Sveinn Magnússon  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales

Vilborg Ingólfssdóttir  
Generaldirektorin, Stab der Staatssekretärin, Ministerium für Soziales

## **Israel**

### *Repräsentanten*

Yari Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Information und internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

Prof. Alex Leventhal  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Dr. Zohar Mor  
Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Shoshi Riba  
Leiterin, Verwaltung Pflegewesen, Gesundheitsministerium

## **Italien**

*Repräsentanten*

S. E. Stefano Queirolo Palmas  
Botschafter, Botschaft Italiens in Dänemark

Dr. Francesco Cicogna  
Leiter, Büro III, Generaldirektion Europäische und internationale Beziehungen,  
Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Alberto Bertoni  
Erster Berater für Gesundheitsfragen, Ständige Vertretung Italiens bei dem Büro der Vereinten  
Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Giusella Moscato  
Leitende medizinische Referentin, Generaldirektion Europäische und internationale  
Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Serena Battilomo  
Leiterin, Büro X, Generaldirektion Prävention, Gesundheitsministerium

*Berater*

Dr. Katia Demofonti  
Generaldirektion Europäische und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Cecilia Prezioso  
Generaldirektion Europäische und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## **Kasachstan**

*Repräsentanten*

Dr. Salidat Kairbekova  
Erste Stellvertretende Ministerin, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Erik Baizhunossov  
Generaldirektor, Staatliches Zentrum für gesundheitliche Entwicklung, Ministerium für  
Gesundheit und soziale Entwicklung

*Stellvertreter*

Prof. Maksut Kulzhanov  
Kasachisches Institut für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und soziale  
Entwicklung

*Beraterin*

Dr. Gulyum Assylbekova  
Vorsitzende, Beschaffungsausschuss, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

**Kirgisistan***Repräsentant*

Boris Dimitrov  
Gesundheitsministerium

**Kroatien***Repräsentanten*

Dr. Siniša Varga  
Gesundheitsminister

Dr. Tamara Poljičanin  
Leiterin, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit

*Stellvertreterinnen*

Sibila Žabica  
Beraterin des Ministers für europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

Ivana Skračić  
Erste Sekretärin, Botschaft der Republik Kroatien in Dänemark

**Lettland***Repräsentantin*

Daina Mūrmane-Umbraško  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterin*

Agnese Raboviča  
Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

*Berater*

Līga Šerna  
Gesundheitsberaterin, Ständige Vertretung Lettlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

Iveta Šķiliņa  
Leitende Beamtin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Prof. Viesturs Šiliņš  
Leiter, Institut für medizinische Weiterbildung, Universität Lettland

**Litauen***Repräsentantin*

Rimantė Šalaševičiūtė  
Gesundheitsministerin

*Stellvertreter*

S. E. Vytautas Pinkus  
Botschafter, Botschaft der Republik Litauen in Dänemark

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

*Beraterinnen*

Giedrė Maksimaitytė  
Leiterin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsministerium

Radvilė Jakaitienė  
Leitende Sachverständige, Abteilung Europäische Union und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Luxemburg***Repräsentanten*

Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Direktorin für Gesundheit, Gesundheitsdirektion, Gesundheitsministerium

Dr. Robert Goerens  
Abteilungsleiter, Leitender Arzt, Abteilung Arbeitsmedizin, Gesundheitsdirektion, Gesundheitsministerium

**Malta***Repräsentant*

Chris Fearne  
Parlamentarischer Staatssekretär für Gesundheit, Ministerium für Energie und Gesundheit

*Stellvertreterin*

Dr. Karen Demicoli  
Leiterin, Politikgestaltung, Beziehungen zur EU und internationale Beziehungen, Ministerium für Energie und Gesundheit

*Berater*

Dr. Raymond Busuttill  
Berater für Fragen der öffentlichen Gesundheit, Ministerium für Energie und Gesundheit

Aquilina Franklin  
Geschäftsträger, Botschaft Maltas in Dänemark

**Monaco***Repräsentantinnen*

I. E. Carole Lanteri  
Botschafterin, Ständige Vertretung des Fürstentums Monaco bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

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

**Montenegro***Repräsentanten*

Prof. Miodrag Radunović  
Gesundheitsminister

Dražen Ljumović  
Stabschef des Gesundheitsministers

**Niederlande***Repräsentant*

Herbert Barnard  
Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

*Stellvertreter*

Jacqueline Steenbergen  
Leitende Politische Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Gert-Jan Rietveld  
Gesundheitsberater, Ständige Vertretung der Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

*Beraterin*

Seriana van den Berg  
Referentin, Abteilung WHO und UNAIDS, multilaterale Organisationen und Menschenrechte,  
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

**Norwegen***Repräsentanten*

Dr. Bjørn Dagfinn Guldvog  
Generaldirektor, Oberster Gesundheitsbeamter, Gesundheitsdirektion

Hilde Caroline Sundrehagen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

*Stellvertreter*

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

Arne-Petter Sanne  
Direktor, Gesundheitsdirektion

*Berater*

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

Bengt Skotheim  
Leitender Berater, Gesundheitsdirektion

Benedikte Louise Alveberg  
Leitende Beraterin, Institut für öffentliche Gesundheit

Kjetil Bordvik  
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Eivind Berg Weibust  
Berater, Abteilung Globale Gesundheitspolitik, Gesundheitsdirektion

**Österreich***Repräsentantin*

Prof. Pamela Rendi-Wagner  
Generaldirektorin, Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, Ministerium für  
Gesundheit

*Stellvertreterinnen*

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

Aziza Haas  
Abteilung A/6, Internationale Koordination der Gesundheitspolitik und WHO,  
Bundesministerium für Gesundheit

*Beraterinnen*

Verena Sgarabottolo  
Abteilung A/8, Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung, Bundesministerium für  
Gesundheit

Dr. Flora Haderer  
Abteilung A/8, Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung, Bundesministerium für  
Gesundheit

**Polen***Repräsentant*

Dr. Igor Radziewicz-Winnicki  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

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

Dariusz Poznański  
Leiter, Referat Psychiatrie und Sozialpathologie, Abteilung Öffentliche Gesundheit,  
Gesundheitsministerium

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

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

**Portugal***Repräsentant*

Dr. Fernando Leal da Costa  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Dr. Francisco George  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium



*Berater*

Dr. Fernando Almeida  
Präsident, Staatliches Gesundheitsinstitut Dr. Ricardo Jorge

Jorge António Teixeira de Sampayo  
Botschaftsrat, Botschaft Portugals in Dänemark

Eva Sofia Moço Falcão  
Leiterin, Koordination der internationalen Beziehungen, Gesundheitsministerium

**Republik Moldau***Repräsentant*

Dr. Andrei Usatii  
Gesundheitsminister

**Rumänien***Repräsentanten*

Dr. Teohari-Răzvan Vulcănescu  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Alexandru Rafila  
Persönlicher Berater des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterinnen*

Oana Cătălina Grigore  
Leiterin, Medienbeziehungen, europäische Angelegenheiten und internationale  
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Maria Artene  
Botschaftsrätin, Botschaft Rumäniens in Dänemark

**Russische Föderation***Repräsentanten*

Sergey M. Muravyev  
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Gesundheitsministerium

Dr. Svetlana Axelrod  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Gesundheitsministerium

*Berater*

Dr. Elena Baybarina  
Leiterin, Abteilung Gesundheit von Müttern und Kindern, Gesundheitsministerium

Pavel Esin  
Berater, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit,  
Gesundheitsministerium

Dr. Anna Korotkova  
Stellvertretende Leiterin, Internationale Zusammenarbeit, Föderales Forschungsinstitut für  
Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Gesundheitsministerium

Prof. Mark Tseshkovsky  
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Föderales Forschungsinstitut für  
Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Gesundheitsministerium

Aleksey Novozhilov  
Leitender Sachverständiger, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Föderales  
Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme,  
Gesundheitsministerium

Dr. Galina Maslennikova  
Leitende Forscherin, Abteilung Prävention von Komorbiditäten, Staatliches Forschungszentrum  
für Präventivmedizin

Dr. Albina Melnikova  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Föderale Aufsichtsbehörde  
für Verbraucherschutz und menschliches Wohlbefinden

Anastasia Smirnova  
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Föderale Aufsichtsbehörde für  
Verbraucherschutz und menschliches Wohlbefinden

Victor Maksimov  
Zweiter Sekretär, Botschaft der Russischen Föderation in Dänemark

## **San Marino**

### *Repräsentanten*

Francesco Mussoni  
Minister für Gesundheit, soziale Sicherheit, Familie, nationale Krankenversicherung und  
ökonomische Planung

Bianca Caruso  
Leiterin, Institut für soziale Sicherheit

### *Stellvertreter*

Dr. Andrea Gualtieri  
Leiter der Gesundheitsbehörde

## Schweden

### *Repräsentanten*

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

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

### *Stellvertreter*

Anna Hedin  
Stellvertretende Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Bosse Pettersson  
Leitender Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Cristina Mattsson Lundberg  
Internationale Analytikerin, Sondereinheit des Generaldirektors für strategische Analysen,  
Behörde für öffentliche Gesundheit

Louise Andersson  
Referatsleiterin, Abteilung Europäische Union und internationale Angelegenheiten, Ministerium  
für Gesundheit und Soziales

Gabriel Andreasson  
Referatsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Ulrika Lindblom  
Programmreferentin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

### *Beraterin*

Ingvor Bjugård  
Leitende Beamtin, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

## Schweiz

### *Repräsentantin*

Tania Dussey-Cavassini  
Vize-Direktorin, Botschafterin für globale Gesundheitspolitik, Abteilung Internationales,  
Bundesamt für Gesundheit

### *Stellvertreterin*

Muriel Peneveyre  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

### *Beraterinnen*

Caroline Clarinval  
Wissenschaftliche Beraterin, Bundesamt für Gesundheit

Noémie Charton  
Diplomatische Beraterin, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten

## **Serbien**

### *Repräsentanten*

Dr. Zlatibor Lončar  
Gesundheitsminister

I. E. Dragana Ivanović  
Außerordentliche und bevollmächtigte Botschafterin, Botschaft der Republik Serbien in Dänemark

### *Stellvertreter*

Prof. Dragana Jovanović  
Sonderberaterin des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

### *Berater*

Irena Kovačević Kuzmanović  
Erste Sekretärin, Botschaft der Republik Serbien in Dänemark

Darko Nikolić  
Berater, Gesundheitsministerium

## **Slowakei**

### *Repräsentanten*

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

Stanislav Lipovsky  
Stellvertretender Missionsleiter, Botschaft der Slowakei in Dänemark

### *Stellvertreterin*

Elena Jablonická  
Nationale Anlaufstelle für die übergeordnete strategische Zusammenarbeit mit der WHO,  
Gesundheitsministerium

## **Slowenien**

### *Repräsentanten*

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten,  
Gesundheitsministerium

S. E. Tone Kajzer  
Botschafter, Botschaft der Republik Slowenien in Dänemark

*Stellvertreterin*

Liza Zorman  
Beraterin, Direktion für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

**Spanien***Repräsentanten*

Dr. Mercedes Vinuesa Sebastián  
Generaldirektorin, Abteilung Qualität und Innovation im Gesundheitsschutz, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

Dr. Karoline Fernández de la Hoz  
Leiterin, Referat Internationale fachliche Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

*Stellvertreterinnen*

Ana Gimenez-Maroto  
Bereichsleiterin, Referat Internationale fachliche Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

Esther Rodriguez-Machado  
Bereichsleiterin, Stellvertretende Generaldirektorin für Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit

**Tadschikistan***Repräsentant*

Dr. Nasim Olimov  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und soziale Absicherung der Bevölkerung, Ministerium für Gesundheit und sozialen Schutz

**Tschechische Republik***Repräsentanten*

Dr. Jarmila Rážová  
Leiterin, Abteilung Schutz der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsministerium

Daniel Míč  
Stellvertretender Ständiger Vertreter, Ständige Vertretung der Tschechischen Republik bei dem Büro der Vereinten Nationen und den anderen internationalen Organisationen in Genf

*Stellvertreterin*

Martina Parízková  
Leiterin, Referat Bilaterale Zusammenarbeit und internationale Institutionen, Gesundheitsministerium

## Türkei

### *Repräsentant*

S. E. Mehmet Dönmez  
Botschafter, Botschaft der Republik Türkei in Dänemark

### *Stellvertreter*

Dr. Seçil Özkan  
Leiterin, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Bekir Keskinliç  
Stellvertretender Leiter, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Öner Güner  
Generaldirektor, Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit

Seyhan Sen  
Abteilungsleiter, Generaldirektion Auswärtige und EU-Angelegenheiten,  
Gesundheitsministerium

Dr. Nazan Yardım  
Gesundheitsbehörde, Gesundheitsministerium

Asiye Derya Dingiltepe  
Erste Botschaftsrätin, Botschaft der Türkei in Dänemark

Deniz Umut  
Botschaftsrat, Ständige Vertretung der Türkei bei dem Büro der Vereinten Nationen und den  
anderen internationalen Organisationen in Genf

Dr. Hülya Şirin  
Gesundheitsbehörde, Gesundheitsministerium

Dr. Seda Usubütün  
Generaldirektion Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Azmi Ekmen  
Generaldirektion Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Çetin Doğan Dikmen  
Generaldirektion Auswärtige und EU-Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

## Turkmenistan

### *Repräsentantin*

Dr. Leyli Shamuradova  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und pharmazeutische Industrie

*Stellvertreterin*

Begmyrat Gutlyyev  
Kommissarischer Leiter, Abteilung Medizinisch-soziale Fachkompetenz, Ministerium für  
Gesundheit und pharmazeutische Industrie

**Ukraine***Repräsentanten*

Dr. Oleg Musii  
Gesundheitsminister

Inna Golovanchuk  
Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen und europäische Integration,  
Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Oleh Malyi  
Zweiter Sekretär, Botschaft der Ukraine in Dänemark

**Ungarn***Repräsentanten*

Dr. Hanna Páva  
Stellvertretende Staatssekretärin, Ministerium für Humanressourcen

Dr. Árpád Mészáros  
Stellvertretender Abteilungsleiter, Ministerium für Humanressourcen

*Berater*

S. E. László Hellebrandt  
Botschafter, Botschaft Ungarns in Dänemark

**Usbekistan***Repräsentanten*

Dr. Anvar Alimov  
Gesundheitsminister

Dr. Abdunomon Sidikov  
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## **Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland**

### *Repräsentanten*

Kathryn Tyson  
Leiterin, Abteilung Internationale Gesundheit und öffentliche Gesundheitsdienste,  
Gesundheitsministerium

Matthew Harpur  
Leiter, Team Europäische Union und multilaterale Beziehungen, Internationale Abteilung,  
Gesundheitsministerium

### *Stellvertreterinnen*

Nicky Shipton-Yates  
Beauftragte, Beziehungen zur WHO, Gesundheitsministerium

Lindsey Mannion  
Kordinatorin für Beziehungen zur EU, Gesundheitsministerium

### *Beraterin*

Vivienne Bennett  
Direktorin für Pflegewesen, Gesundheitsministerium und Public Health England

## **Zypern**

### *Repräsentant*

Prof. Philippos C. Patsalis  
Gesundheitsminister

### *Stellvertreter*

I. E. Maria Papakyriakou  
Botschafterin, Botschaft der Republik Zypern in Dänemark

### *Berater*

Dr. Olga Kalakouta  
Oberste Gesundheitsbeamtin, Gesundheitsministerium

Dr. Demetris Efthymiou  
Gesundheitsreferent, Gesundheitsministerium



## II. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderen Organisationen

### *Internationale Atomenergie-Organisation*

Maria Villanueva  
Programmreferentin, Unterabteilung Aktionsprogramm Krebstherapie, Abteilung Fachliche Zusammenarbeit

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

Vinay Patrick Saldanha  
Leiter, Regionales Unterstützungsteam für Osteuropa und Zentralasien

Dr. Jean-Elie Malkin  
Sonderberater des Exekutivdirektors des UNAIDS

Raman Hailevich  
Programmberater

### *Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen*

Dr. Octavian Bivol  
Regionalbeauftragter, Gesundheit und Ernährung

### *Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen*

Ayse Cihan Sultanoglu  
Stellvertretende Administratorin und Regionaldirektorin für Europa und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten

Dr. Christoph Hamelmann  
Leiter, Regionalteam HIV, Gesundheit und Entwicklung

### *Regionalbüro für Osteuropa und Zentralasien des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen*

Heimo Laakkonen  
Regionaldirektor, Regionalbüro für Osteuropa und Zentralasien

Tamar Khomasuridze  
Regionalbeauftragte, Sexuelle und reproduktive Gesundheit

### *Weltbank*

Dr. Daniel Dulitzky  
Globaler Praxismanager, Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung

### **III. Repräsentanten anderer zwischenstaatlicher Organisationen**

#### *Europäische Union*

Dr. Isabel de la Mata Barrango  
Dr. Canice Nolan  
Caroline Hager  
Maya Matthews  
Dr. Stefan Schreck  
Sigurlaug Hauksdóttir  
Dr. Marc Sprenger  
Dr. Maarit Kokki

#### *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*

David Morgan

#### *Nordischer Ministerrat*

Dagfinn Høybråten  
Anders Geersten  
Vilborg Hauksdóttir

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

#### *Alzheimer's Disease International*

Annette Dumas

#### *Consumers International*

Anna Glayzer

#### *Internationale Allianz der Patientenorganisationen*

Jolanta Bilinska  
Evgeniya Starkova

#### *Internationaler Hebammenverband*

Mary Higgins

#### *Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Dr. Judith Shamian

#### *Internationale Diabetes-Föderation*

Michael Skjødt Sørensen

#### *Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen*

Dr. Altagracia Mares  
Alberto Abreu da Silva  
Onur Kucukerdogan  
Philipp Munzert

Marie Haurslev  
Friha Aftab

*Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Steffen Glissman

*International Life Sciences Institute*

Dr. Stéphane Vidry

*International Pharmaceutical Federation*

Dr. Theodorus F.J. Tromp

*Internationale Föderation für Familienplanung*

Irene Donadio

*Internationale Gesellschaft für physikalische Therapie und Rehabilitation*

Prof. Christoph Gutenbrunner  
Dr. Nugraha Boya

*International Spinal Cord Society*

Dr. Sergio Aito  
Dr. Yorck-Bernhard Kalke

*Weltvereinigung für physikalische Therapeutik*

Sarah Bazin  
Karen Langvad

*World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies*

Dr. Gerd Ohmstede  
Dr. Helle Wengel

*Weltverband der Ergotherapeuten*

Samantha Shann  
Anne Lawson-Porter

*Weltärztebund*

Dr. Elif Keles

*Weltverband praktischer Ärzte*

Prof. Job Metsemakers  
Dr. Anna Stavdal

## V. Beobachter

### *AIDS Healthcare Foundation*

Anna Zakowicz  
Zoya Shabarova

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

Prof. Anders Foldspang

### *EuroHealthNet*

Caroline Costongs

### *European Association for the Study of Obesity*

Prof. Lauren Lissner  
Dr. Nathalie Farpour-Lambert

### *Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Birgitte Grube  
Marianne Schulz

### *European Federation of the Associations of Dietitians*

Prof. Anne de Looy

### *Europäisches Forum der Ärzteverbände*

Leah Wapner  
Michelle Glekin

### *Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände*

Valentina Sarkisova  
Roswitha Koch  
Howard Catton  
Mervi Jokinen  
Natalia Serebrennikova

### *European Health Forum Gastein*

Helmut Brand  
Dorli Kahr-Gottlieb

### *European Hospital and Healthcare Federation*

Eva Weinreich-Jensen

### *European Public Health Alliance*

Peggy Maguire  
Dorota Sienkiewicz

### *European Respiratory Society*

Prof. Jørgen Vestbo  
Brian Ward

*GAVI-Allianz*

Nilgun Aydogan

*International Association of Immunization Managers*

Peter Carrasco

*Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften*

Dr. Mahesh Gunasekara

*Internationales Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen*

Prof. Hanne Tønnesen

*NCD Alliance*

Susanne Volqvartz

*Netzwerk Regionen für Gesundheit*

Christopher Riley

*SmokeFree Partnership*

Florence Berteletti Kemp

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

Nicolas Cantau

Nicolas Farcy

Maria Golovanevskaya

*World Cancer Research Fund International*

Dr. Corinna Hawkes

Bryony Sinclair

*Gäste und Berater auf Zeit*

Prof. Róza Ádány

Dr. Richard Alderslade

Vytenis Andriukaitis

Dr. Erik Blas

Nathalia Feinberg

Sanne Frost Helt

S. E. Evelin Ilves

Dorota Jarosinska

Prof. Ilona Kickbusch

Dr. Mihály Kökény

Prof. Michel Kazatchkine

Helge K. Larsen

Prof. José Martín-Moreno

Prof. Martin McKee

Arun Nanda

Prof. José Pereira Miguel

Dr. Tania Rădulescu

Dr. Maria Ruseva  
Arunas Ribokas  
Maimu Sibrits  
Prof. Göran Tomson  
Prof. Tomris Turmen  
Prof. Pierre Van Damme  
Prof. Beate Wimmer-Puchinger  
Dr. Anne Marie Worning

## Anhang 4: Ansprache der Regionaldirektorin

Herr Präsident, Eure Königliche Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark, sehr geehrte Frau Generaldirektorin,

sehr geehrte Frau Ilves, Vorkämpferin für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten,

sehr geehrte Damen und Herren Minister und Vertreter der Partnerorganisationen, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Es ist mir eine große Ehre, auf dieser 64. Tagung des Regionalkomitees wieder zu Ihnen sprechen zu dürfen, zu der ich Sie herzlich beim Regionalbüro begrüßen möchte.

Wie Sie sich vielleicht erinnern, war meine Zukunftsvision von 2010 in der Satzung der WHO und der darin enthaltenen Forderung nach einem erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit als einem Menschenrecht begründet. Damals verpflichtete ich mich auf der Tagung des Regionalkomitees, mich nach Kräften für „mehr Gesundheit für Europa“ einzusetzen.

Zur Verwirklichung dieser Zielsetzung legte ich insgesamt sieben strategische Prioritäten vor, die die Grundlage für die Rechenschaftslegung in Bezug auf Fortschritte bilden.

Wie wir wissen, konnte die Europäische Region in den letzten Jahrzehnten eine erhebliche Verbesserung der gesundheitlichen Resultate verzeichnen. So stieg etwa die durchschnittliche Lebenserwartung um fünf Jahre. Doch haben von diesen Verbesserungen nicht alle profitiert, sodass unsere Region nach wie vor von gesundheitlichen Ungleichgewichten belastet wird.

Heute ist der größte Teil der Krankheitslast auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen, die mit sozialen, verhaltensmäßigen und umweltbedingten Determinanten verknüpft sind.

Hinzu kommt, dass die Europäische Region in den letzten fünf Jahren eine schwere Rezession erlebt hat, und die daraus resultierenden Sparmaßnahmen hatten Kürzungen in den Etats der öffentlichen Gesundheitsdienste und eine Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zur Folge.

Angesichts dieser Herausforderungen sind neue Denkansätze erforderlich. Mit Blick auf die Zukunft muss Gesundheit einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung erhalten.

Deshalb entschlossen wir uns damals zur Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“.

Zusammen mit Ihnen haben wir in den vergangenen fünf Jahren die politischen Rahmenbedingungen von Grund auf erneuert. Dieser Prozess ist noch im Gange.

Heute dient uns „Gesundheit 2020“ als gemeinsames Rahmenkonzept. Darin werden die grundlegende strategische Ausrichtung und die Leitwerte mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitssituation und des Abbaus gesundheitlicher Ungleichgewichte festgelegt. „Gesundheit 2020“ beinhaltet vier vorrangige Handlungsfelder zur Förderung von Gesundheit.

So werden darin die zentrale Rolle der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Notwendigkeit eines Hinausgehens über die reine Gesundheitsversorgung durch Verfolgung gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Lösungsansätze hervorgehoben.

Es gibt eine zunehmende Dynamik für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“, da zahlreiche Mitgliedstaaten sich nun dieser Herausforderung stellen. Wir haben uns nach Kräften bemüht, den Ländern unter ihren jeweiligen Rahmenbedingungen und gemäß ihren Prioritäten dabei behilflich zu sein, die Voraussetzungen für eine abgestimmte und umfassende Umsetzung in die Praxis zu schaffen.

Diese Arbeit muss in engem Zusammenhang mit der Entwicklungsagenda nach 2015 gesehen werden und soll auch in die Gestaltung des Entwicklungshilferahmens der Vereinten Nationen (UNDAF) auf der Ebene der Länder einfließen.

Im Mittelpunkt der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ steht der Themenkomplex der öffentlichen Gesundheit. Die bestehenden Ungleichheiten in der Verteilung der Krankheitslast in unserer Region verdeutlichen, dass es noch ein enormes Potenzial für gesundheitliche Zugewinne gibt.

Dieses lässt sich durch eine Kombination aus Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und eines angemessenen Krankheitsmanagements verwirklichen.

Wir müssen in hochgradig kosteneffektive Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit investieren, etwa in evidenzbasierte Steuerkonzepte, umfassende Pakete von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Inangriffnahme der sozialen Determinanten von Gesundheit sowie neue Formen der Politiksteuerung. Solche Investitionen müssen innerhalb der Gesundheitssysteme vorgenommen werden, um die grundlegenden Funktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu integrieren, aber auch durch bereichsübergreifende Ansätze auf der Bevölkerungsebene.

Diese Neuausrichtung ist das konzeptionelle Kernstück von „Gesundheit 2020“, dessen erfolgreiche Umsetzung drei zentrale Elemente voraussetzt, wie Sie der nächsten Folie entnehmen können:

Als Voraussetzung für einen Kurswechsel in Richtung „Gesundheit 2020“ sind ein starkes politisches Engagement der Regierungen und eine entschlossene Führungsarbeit der Gesundheitsministerien und der öffentlichen Gesundheitsdienste erforderlich.

Für die kommenden fünf Jahre hat sich die WHO verpflichtet, Sie bei der Entwicklung, Umsetzung und Ausrichtung der Gesundheitspolitik Ihrer Länder, bei der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen, bei der Bereitstellung hochwertiger und wirksamer Gesundheitsleistungen und bei der Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheitsdienste zu unterstützen.

Die Ziele von „Gesundheit 2020“ und der dazu gehörige Kontrollrahmen dienen als Gradmesser für die erreichten Fortschritte sowie zur Rechenschaftslegung.

In den nächsten fünf Jahren gilt es, eine Konsolidierung und eine vollständige Umsetzung unserer Verpflichtungen zu erreichen. Dabei streben wir mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und eine engere Verknüpfung zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung an.

Unsere Zielsetzung lautet „Mehr Gesundheit für Europa: mehr Chancengleichheit und Nachhaltigkeit“.

Ich werde Ihnen morgen unser Paket für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ vorstellen und mich deshalb an dieser Stelle kurz fassen, um mehr Zeit für die vorrangigen Handlungsfelder zu lassen.

Gestatten Sie mir nun, Ihnen von unseren Erfolgen in den vorrangigen Handlungsfeldern unserer Arbeit zu berichten und dann einen Ausblick auf den vor uns liegenden Weg zu geben.

Die Einzelheiten finden sich im Bericht für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 sowie in dem Bericht über die wichtigsten Erfolge der letzten fünf Jahre.

Voraussetzung für die Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit ist ein wirksamer Lebensverlaufansatz. Deshalb wurden in den vergangenen fünf Jahren die Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz von Gesundheit in allen Lebensphasen erheblich intensiviert.

Es gibt zahlreiche Belege für die Notwendigkeit, die frühkindliche Entwicklung sowie eine Verzahnung zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales zu fördern. Dazu ist eine ressortübergreifende



Zusammenarbeit, namentlich mit Politikbereichen wie Bildung, Soziales und Beschäftigung, erforderlich, die auch Gegenstand des morgigen Mittagessens der Minister sein wird.

Auch zur Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen sind Grundsatzpapiere in Vorbereitung; als ein Beispiel werden wir morgen Mittag das Papier über die Zusammenarbeit mit dem Bildungswesen präsentieren. Zum Thema Lebensverlaufansatz planen wir im Laufe des Jahres 2015 eine Ministerkonferenz.

Die Beschleunigung der Fortschritte bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) ist ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit, und die Arbeit an den noch nicht erledigten Aufgaben geht weiter. Die Entwicklungsagenda nach 2015 wird eine Ausweitung dieser Arbeit mit sich bringen und ihr in den nächsten Jahren neue Impulse verleihen.

Wir sind aktiv am Prozess der Ausarbeitung der Agenda beteiligt und stehen dabei im Kontakt mit allen maßgeblichen Akteuren. Wie auf der Konsultation der Europäischen Region in der Türkei zum Ausdruck gebracht: „Gesundheit 2020“ wird den Weg für die Umsetzung dieser neuen Zukunftsvision in unserer Region bereiten. Auf dem heutigen Mittagessen der Minister werden wir die Gelegenheit haben, dieses Thema weiter zu vertiefen.

Auf dem Gebiet der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat die Europäische Region substanzielle Fortschritte erzielt, doch bestehen hier nach wie vor große Ungleichheiten.

Durch die Umsetzung der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben die Mitgliedstaaten umfassende Handlungskonzepte eingeführt und die Qualität der Versorgung verbessert.

Die Ergebnisse sprechen eine eindeutige Sprache, etwa der Rückgang der Mortalität in der Altersgruppe unter fünf Jahren auf 36 pro 1000 Lebendgeburten in den Ländern der Kaukasusregion und Zentralasiens im Jahr 2012. Doch trotz der politischen Entschlossenheit stellen der Mangel an belastbaren Daten und die stückwerkartige Finanzierung immer noch schwerwiegende Hindernisse dar.

Die erneuerte Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Ihnen am Mittwoch vorgelegt wird, ist ein ausgezeichnetes Instrument für die Bestimmung vorrangiger Maßnahmen.

Die Grundlage für den Aktionsplan zur Prävention von Kindesmisshandlung bildet der Europäische Bericht zu dieser Thematik. Der Aktionsplan enthält Beispiele für Wege zur Umsetzung der neuen Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; auch er steht am Mittwoch auf unserer Tagesordnung.

Auch im Bereich der Gesundheit von Müttern lassen sich gute Fortschritte erkennen. So sank die Müttersterblichkeitsrate 2013 auf 17 Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten. Dabei profitierten die Länder Mittel- und Osteuropas am meisten von der Umsetzung der Initiativen „Wirksame Perinatalversorgung“ und „Über die Zahlen hinaus“.

Die Einführung moderner, wirksamer Verhütungsmethoden und die Förderung von Sexualerziehung haben zur Verringerung der Zahl unbeabsichtigter Schwangerschaften beigetragen. Die Wahrung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte wird in Zukunft eine gewichtigere Rolle in unserer Arbeit spielen als bisher.

Nichtübertragbare Krankheiten sind die wichtigste Ursache der Krankheitslast, doch etwa 80% der vorzeitigen Todesfälle gelten als vermeidbar. Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung, die einschlägigen Aktionspläne in ihrer Gesamtheit umzusetzen und ggf. zu erneuern.

Bei der Umsetzung des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten legten wir den Schwerpunkt auf die Stärkung ressortübergreifender Konzepte und Strategien, die im Einklang mit dem Globalen Aktionsplan und mit „Gesundheit 2020“ stehen.

Diese Anstrengungen haben bereits zu konkreten Ergebnissen geführt. Die Zahl der Mitgliedstaaten mit landesweit integrierten Handlungskonzepten gegen nichtübertragbare Krankheiten ist erheblich gestiegen. Die Länder haben auch ihre Beobachtungssysteme gestärkt, indem sie den Globalen Kontrollrahmen an ihre jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst haben.

Insgesamt gesehen weist die Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten einen Abwärtstrend auf, und die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist generell in der gesamten Europäischen Region rückläufig.

Wie auf dieser Folie zu sehen ist, hat sich seit 2000 die Wahrscheinlichkeit, vor Vollendung des 64. Lebensjahrs an Herzkrankheit oder einem Schlaganfall zu sterben, in allen Teilen der Europäischen Region verringert – ein Erfolg, auf den wir stolz sein können. Doch es bestehen noch beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern, sodass hier Handlungsbedarf herrscht.

2013 haben Sie in Turkmenistan der Erklärung von Aschgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zugestimmt. Mit ihr werden wir uns am Mittwoch näher befassen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich durch den Gesundheitsminister dem Präsidenten von Turkmenistan für die Ausrichtung dieser bedeutenden Konferenz danken.

Es gibt heute gewichtige ökonomische Argumente für gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Es gibt Belege dafür, dass Investitionen in die Prävention sich nicht erst langfristig, sondern schon kurz- bis mittelfristig auszahlen. Dies erhöht ihre Attraktivität für politische Entscheidungsträger.

Ein Blick auf das Beispiel der koronaren Herzkrankheit zeigt, dass zwischen 50% bis 75% der in jüngster Zeit erreichten Senkung der Zahl der Todesfälle auf Prävention in Form eines gezielten Ansatzens an den Risikofaktoren zurückzuführen sind. Für die verbleibenden 25% bis 50% ist die medizinische Behandlung verantwortlich.

Doch die Regierungen geben bestenfalls einen Bruchteil ihrer Gesundheitsetats für Prävention aus.

Als ebenso hohe Priorität muss das Management nichtübertragbarer Krankheiten behandelt werden.

Aus bereichsübergreifenden Bedarfsanalysen konnten folgende Erfordernisse ermittelt werden: ein allgemeiner Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln gegen Bluthochdruck, Diabetes und Krebs; eine bessere Inanspruchnahme von Leistungen; eine Erhöhung des Anteils der Personen mit kardiovaskulärem Risikoprofil; und eine sachgemäße Handhabung von Krebsvorsorgeuntersuchungen.

Dies sind ernst zu nehmende Problembereiche, die in den nächsten Jahren abgestimmte Konzepte im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich machen.

Ein vorrangiges Anliegen bleibt das Ansetzen an den Risikofaktoren. In den letzten Jahren haben wir unsere Strategien und Aktionspläne auf diesem Gebiet an die neuen Erfordernisse erneuert.

In diesem Bereich orientierte sich unsere Arbeit an der erfolgreichen Konferenz von Wien, und wir arbeiteten wie vereinbart den Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung aus. Er enthält eine Reihe vorrangiger Maßnahmen zur Bewältigung der großen ernährungsbedingten Probleme und wird am Mittwoch auf der Tagesordnung stehen.

Die Konferenz in Usbekistan in diesem Jahr bot die Gelegenheit zu fachübergreifenden Diskussionen über Nahrung und Ernährung sowie Lebensmittel- und Ernährungssicherheit.

Hier ist der Hinweis angebracht, dass infolge der von mehreren Ländern ergriffenen Grundsatzmaßnahmen bedeutende Fortschritte erzielt werden konnten, namentlich eine signifikante Senkung des Salzkonsums.

Darüber hinaus arbeiten wir, wie in der Erklärung von Wien gefordert, an einem Aktionsplan für Bewegungsförderung, den wir im nächsten Jahr dem Regionalkomitee präsentieren werden.

Auch wenn unsere Region mit 50 die höchste Zahl der Unterzeichner des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) hat, so weist sie doch leider von allen Weltregionen die höchste Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen auf. Deshalb gehört die Reduzierung des Tabakkonsums nun zu unseren Prioritäten, und viele Mitgliedstaaten führen auf diesem Gebiet beispielhafte Kampagnen durch.

Morgen werden wir gemeinsam mit der Generaldirektorin feierlich die Preise zum Weltnichtrauchertag der WHO an eine Reihe von Ländern unserer Region übergeben, um ihre Führungsrolle und ihre Entschlossenheit zu würdigen.

Die neue Richtlinie der Europäischen Union für Tabakerzeugnisse stellt einen erheblichen Fortschritt in der Tabakbekämpfung dar, und die WHO ist entschlossen, ihre Umsetzung zu unterstützen.

Das Protokoll zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen ist ein ausgezeichnetes Instrument für die Bekämpfung des illegalen grenzüberschreitenden Handels, und ich möchte Sie alle dazu ermutigen, es zu ratifizieren.

Ich halte die globale Zielmarke, bis zum Jahr 2025 eine Verringerung des Tabakkonsums in der Europäischen Region um 30% anzustreben, für ein realistisches Ziel.

Darüber hinaus verfolge ich wie Sie auch das Ziel, unsere Region tabakfrei zu machen, das auch in der Erklärung von Aschabat zum Ausdruck kommt.

Ich bin entschlossen, unsere Unterstützung für das Handeln der Mitgliedstaaten zu intensivieren, und beabsichtige, Ihnen zur Unterstützung bei der Umsetzung des FCTC im kommenden Jahr einen Aktionsplan zur Tabakbekämpfung vorzulegen.

Gestatten Sie mir nun, mich dem Themenkomplex der übertragbaren Krankheiten zuzuwenden. Auch wenn die Europäische Region ihre Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten verstärkt hat, so gibt es doch noch unerledigte Aufgaben, und es entstehen neue Herausforderungen.

Angesichts der geschätzt 350 000 neuen Tuberkulosefälle pro Jahr und der weltweit höchsten Raten an multiresistenter Tuberkulose bleibt die Bekämpfung der Tuberkulose ein vorrangiges Anliegen für die Europäische Region.

Mit Ihrer Entschlossenheit und der Unterstützung durch unsere Partnerorganisationen trägt die Umsetzung des Aktionsplans der Europäischen Region nun konkrete Früchte. So werden heute mehr als die Hälfte der geschätzten Fälle entdeckt. Der Anteil der Fälle, in denen eine Behandlung aufgenommen wurde, erhöhte sich 2013 auf 96% – ein großartiger Erfolg innerhalb nur eines Jahres.

Doch fällt beim Behandlungserfolg das Bild weniger positiv aus, was hauptsächlich auf Probleme in den Gesundheitssystemen und das Fehlen wirksamer neuer Medikamente zurückzuführen ist.

Wir sollten es uns zum Ziel setzen, die Tuberkulose noch zu unseren Lebzeiten zu eliminieren. Um dies zu erreichen, bedarf es eines entschlossenen Engagements von Politik und Wissenschaft.

Dabei werden konkret Maßnahmen benötigt, die an den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzen und die allen Patienten einen gleichberechtigten Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung verschaffen.

Auch im Bereich HIV/Aids tragen die gemeinsamen Anstrengungen mit unseren Partnerorganisationen bei der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans bereits Früchte.

So stehen jetzt in zunehmendem Maße HIV-Tests und Beratungsangebote zur Verfügung. Auch in Bezug auf das Ziel der Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung konnten gute Fortschritte erreicht werden. Heute erhalten mehr Personen eine antiretrovirale Behandlung, was auch im Hinblick auf die Prävention wichtig ist.

Auch wenn der Versorgungsgrad im östlichen Teil der Region sich signifikant (um 52%) erhöht hat, so ist er doch nach wie vor niedrig.

Trotz aller Anstrengungen ist es uns noch nicht gelungen, die Epidemie zu besiegen. Die Zahl der HIV-Fälle ist seit 2010 um weitere 7% gestiegen. Die Behandlungsangebote können nicht mit der Zahl der Neuinfektionen Schritt halten. Die Epidemie ist nach wie vor in bestimmten Bevölkerungsgruppen konzentriert, die beim Zugang zu den benötigten Leistungen vor strukturellen Hindernissen stehen.

Nun gilt es, gezielte Interventionen auszuweiten. Evidenzbasierte Konzepte, einschließlich Schadensminderungsmaßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten, sollten in allen Ländern flächendeckend durchgeführt werden, vor allem für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.

In diesem Jahr hatten wir in Moskau eine weitere äußerst fruchtbare Konferenz zum Themenkomplex HIV/Aids. Ich freue mich, Ihnen mitteilen zu können, dass wir mit der Gesundheitsministerin der Russischen Föderation vereinbart haben, eine gemeinsame Arbeitsgruppe einzurichten. Sie wird die vorhandene Evidenz zu Schadensminderungsstrategien prüfen, was zu einer Änderung der strategischen Lösungsansätze führen könnte.

Am Donnerstag haben wir die Gelegenheit, uns mit all diesen Fragen auseinanderzusetzen.

Im Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen konnten seit der Annahme des Europäischen Aktionsplans mit einem einheitlichen Gesundheitsansatz („One Health“) beträchtliche Fortschritte erzielt werden.

Die Schwerpunkte unserer Arbeit lagen darin, die Länder beim Kapazitätsaufbau, bei der Bereitstellung zuverlässiger Diagnostika, bei der Durchführung von Surveillance-Maßnahmen und Infektionsschutzprogrammen, bei der Umsetzung von Konzepten zur Förderung eines umsichtigen Umgangs mit Antibiotika und bei der Einrichtung bereichsübergreifender Koordinationsverfahren zu unterstützen.

Heute liegen uns zum ersten Mal Daten über antimikrobielle Resistenzen und den Verbrauch von Antibiotika in einer Reihe von Ländern außerhalb der EU vor.

Dank der guten Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ist es uns gelungen, den Europäischen Antibiotikatag in allen Teilen der Europäischen Region zu etablieren.

Nähere Informationen über die Umsetzung des Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen erhalten Sie mit dem diesbezüglichen Fortschrittsbericht, der am Donnerstag auf unserer Tagesordnung steht.

Antimikrobielle Resistenzen sind inzwischen als eine ernsthafte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit weltweit erkannt worden, und die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region hatten einen maßgeblichen

Anteil am Zustandekommen dieser Erkenntnis. Näheres über das Verfahren für die Ausarbeitung eines globalen Aktionsplans erfahren Sie in unserer Sitzung am Donnerstag.

An dieser Stelle möchte ich lediglich den Niederlanden zur Ausrichtung der erfolgreichen Tagung im Juni über antimikrobielle Resistenz im Lichte des sog. „One-Health-Ansatzes“ gratulieren und die Führungsarbeit würdigen, die Norwegen, Schweden und das Vereinigte Königreich durch Ausrichtung ähnlicher Veranstaltungen im weiteren Verlauf des Jahres leisten werden.

Auf dem Gebiet des Impfwesens sind große Fortschritte erzielt worden. Durch gut funktionierende Impfprogramme mit hohen Impfraten und die Einführung neuer Impfstoffe konnten viele Menschenleben gerettet werden. Doch wir müssen in dieser entscheidenden Phase die Dynamik aufrechterhalten. Zu den vor uns liegenden Herausforderungen gehört es, die Impfverweigerer zu überzeugen und die Hochrisikogruppen zu erreichen.

Wie von Ihnen gewünscht, haben wir den Europäischen Impfkaktionsplan ausgearbeitet, den wir Ihnen am Mittwoch präsentieren werden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Ihrer Königlichen Hoheit Kronprinzessin Mary von Dänemark für Ihre Überzeugungsarbeit im Bereich der Gesundheit von Müttern und Kindern und für ihre anhaltende Unterstützung der Europäischen Impfwoche herzlich danken.

Trotz der Fortschritte bei der angestrebten Eliminierung der Masern und Röteln bis 2015 stellen neue Ausbrüche und die anhaltende Übertragung immer noch eine ernste Bedrohung für die Länder der Europäischen Region dar.

Deshalb benötigen wir heute mehr denn je einen stärkeren politischen Willen zur Umsetzung des Pakets für beschleunigte Maßnahmen, während wir uns gleichzeitig um den Aufbau starker Partnerschaften bemühen.

Eine weitere anhaltende Bedrohung geht von der Einschleppung des Polio-Wildvirus in die Europäische Region und vom Ausbruch im benachbarten Syrien aus. Erlauben Sie mir, an dieser Stelle Israel und der Türkei wegen ihres intensiven Einsatzes zur Abwehr dieser Bedrohungen zu applaudieren.

Auch wenn das Risiko einer Polio-Übertragung innerhalb der Europäischen Region gering bleibt, so müssen wir doch wachsam bleiben und eine hochwertige epidemiologische Überwachung sowie hohe Immunisierungsraten in der Bevölkerung sicherstellen.

Nach Ausrufung einer „gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite“ aufgrund von Polio sind wir bereit, gemeinsam mit unseren Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen die Umsetzung der vorläufigen Empfehlungen zu unterstützen. Mehr zu diesem Thema und zu den Endspiel-Strategien gegen Polio erfahren Sie am Donnerstag.

Die Eliminierung der Malaria aus der Europäischen Region bis 2015 ist jetzt in Reichweite, denn 2013 wurden nur noch 37 Fälle aus lediglich zwei Ländern gemeldet.

Einige Länder haben nach der Billigung des Handlungsrahmens gegen Vektorkrankheiten durch das Regionalkomitee inzwischen dessen Umsetzung in die Wege geleitet.

Lassen Sie uns jetzt den Blick auf einen anderen wichtigen Bereich richten: die Gesundheitssicherheit.

Unser Referat für Warn- und Gegenmaßnahmen hat im vergangenen Jahr Tausende von Notsignalen und Mitteilungen mit Bezug zur öffentlichen Gesundheit überprüft.

Das vergangene Jahr war geprägt durch eine Reihe schwerwiegender gesundheitlicher Ereignisse von globaler Tragweite wie dem Grippeausbruch in China und dem Corona-Virus-Ausbruch im Nahen Osten.

Die Generaldirektorin hat in jüngster Zeit zweimal eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite gemäß den Bestimmungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) ausgerufen: im Mai wegen der internationalen Ausbreitung des Poliowildvirus und im August wegen des Ebola-Ausbruchs in Westafrika.

Die Besorgnis über den Ebola-Ausbruch nimmt mit der steigenden Zahl der Erkrankungs- wie Todesfälle zu. Das Regionalbüro unterstützt die auf der globalen Ebene eingeleiteten Gegenmaßnahmen. Bislang haben wir drei Bedienstete entsandt, darunter den Direktor der Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und Umwelt, der über umfassende Erfahrung mit vergleichbaren Krankheitsausbrüchen verfügt. Weitere 23 Kolleginnen und Kollegen bereiten sich auf ihren bevorstehenden Einsatz vor.

Die WHO hat einen Fahrplan als Orientierungs- und Koordinierungshilfe für die internationalen Gegenmaßnahmen herausgegeben, um dessen Unterstützung ich Sie alle bitten möchte. Mehr zu diesem Thema erfahren Sie am Donnerstag.

Darüber hinaus kam es in den vergangenen zwölf Monaten zu einer Reihe von Naturkatastrophen und bewaffneten Konflikten, die humanitäre Krisen nach sich zogen.

Dazu zählten die schweren Überschwemmungen auf dem Balkan, von denen insbesondere Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Serbien betroffen waren.

Der Konflikt in der Arabischen Republik Syrien hat weiterhin direkte Auswirkungen auf die Europäische Region, insbesondere im Süden der Türkei.

Ich danke der türkischen Regierung für ihre herausragende Unterstützung der Polio-Impfkampagnen in Syrien, durch die mehr als eine Million Kinder zusätzlich erreicht werden konnten. Auch ihre Maßnahmen zur Unterstützung der Flüchtlinge aus Syrien sind beispielhaft.

Wir haben uns an den interinstitutionellen Bemühungen der Vereinten Nationen im Bereich der grenzüberschreitenden Hilfe beteiligt und diese Arbeit innerhalb der WHO eng mit dem Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum und dem Hauptbüro abgestimmt. Wir dehnen gegenwärtig unsere Präsenz in der südlichen Türkei weiter aus, um dort die Reaktionskapazität zu vergrößern.

Als Reaktion auf die humanitäre Krise in der Ukraine haben wir unsere Maßnahmen ausgeweitet und das Gesundheitsministerium und die Behörden vor Ort darin unterstützt, Engpässe in der Gesundheitsversorgung für Binnenvertriebene und betroffene Gemeinden zu überwinden.

Dabei führt, koordiniert und unterstützt die WHO die nationalen und internationalen Partnerorganisationen im Gesundheitsbereich. Nach dem erfolgreich verlaufenen Gebertreffen in Genf in der vergangenen Woche hoffen wir, unsere Hilfeleistungen nun beschleunigt anbieten zu können.

Wir haben auch in anderen globalen Krisensituationen Unterstützung geleistet, indem wir unsere Bediensteten zu verschiedenen Nothilfeinsätzen entsandt haben.

All diese Ereignisse stellen uns vor erhebliche Herausforderungen.

Wir sind entschlossen, die Mitgliedstaaten mittels eines umfassenden gefahren- und bereichsübergreifenden Ansatzes auch weiterhin dabei zu unterstützen, Vorsorge- und Gegenmaßnahmen gegen alle für die öffentliche Gesundheit relevanten Gefahren oder Notlagen durchzuführen.

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften bieten hierfür einen hervorragenden rechtlichen Rahmen. Wir werden weiterhin in Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro und insbesondere dessen Außenstelle in Lyon sowie mit Partnerorganisationen wie der Europäischen Kommission darin und ihren Dienststellen die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, ihre Kernkapazitäten nach den IGV zu stärken.

Im vergangenen Sommer wurde eine bedeutende Zielmarke für die IGV erreicht, als im Juni 2014 die erste zweijährige Fristverlängerung für den Aufbau von Kernkapazitäten zu Ende ging. In Weiterverfolgung der Resolution der Weltgesundheitsversammlung werden wir Sie am Donnerstag um Stellungnahme zu dem geplanten globalen Koordinierungsverfahren mit Beteiligung der Regionen bitten.

Lassen Sie mich nun zu einem anderen Themenbereich kommen: der Stärkung der Gesundheitssysteme.

In den zurückliegenden fünf Jahren fand in diesem Bereich eine umfassende Zusammenarbeit mit den Ländern statt, die statt auf reine Systemveränderungen auch fest auf gesundheitliche Ergebnisse abzielte.

Die Umsetzung der Charta von Tallinn wurde zügig fortgesetzt.

Aus Anlass des fünften Jahrestags der Annahme der Charta von Tallinn fand im vergangenen Jahr in Estland eine hochrangige Tagung statt. Sie bot eine einzigartige Gelegenheit, um Neuland zu erschließen, zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beizutragen und sich auf unseren künftigen Kurs zu verständigen: die Verknüpfung der Verpflichtungen aus der Charta mit „Gesundheit 2020“ und dem Ziel einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Mehr über die Ergebnisse der Tagung erfahren Sie am Dienstag.

Wir werden dem Regionalkomitee im kommenden Jahr den abschließenden Bericht über die Umsetzung der Charta von Tallinn vorlegen – zusammen mit unseren Vorschlägen dafür, wie die Gesundheitssysteme insgesamt unter Hervorhebung gesundheitspolitischer und ressortübergreifender Aspekte gestärkt werden können.

Im Rahmen des Tallinn-Prozesses arbeiten wir weiter auf eine Leistungserbringung mit dem Ziel einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung und zugleich auf eine engere Verknüpfung von gesundheitlichen Zugewinnen mit der Stärkung der Gesundheitssysteme hin und können hier bereits konkrete Ergebnisse erkennen.

Der 35. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung, der auf einer Konferenz in Kasachstan begangen wurde, bot eine hervorragende Gelegenheit zur Erneuerung der durch sie angestoßenen Zukunftsvision. Sie steht im Mittelpunkt unserer Arbeit zur Bereitstellung koordinierter und integrierter Angebote mit Anbindung an die Krankenhäuser und die soziale und patientenzentrierte Langzeitpflege.

Dadurch wird unser operativer Ansatz gestärkt: Ausbau des Angebots an Gesundheitspersonal im Einklang mit dem Globalen Verhaltenskodex der WHO; Förderung eines rationalen Einsatzes von Arzneimitteln; und Verbesserung der behördlichen Regulierung.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie auf die Fachinformationssitzung am Mittwoch über Pflegewesen und Geburtshilfe hinweisen.

Ein weiterer Bereich, in dem wir die Mitgliedstaaten intensiv unterstützt haben, ist die Verdeutlichung der gesundheitlichen Auswirkungen der Wirtschaftskrise.

Diese Arbeit orientiert sich an den zehn politischen Lehren und Empfehlungen, die das Ergebnis der hochrangigen Tagung in Oslo waren.

Diese Empfehlungen haben sich schon als ein starkes Instrument im Dialog der Gesundheitsminister mit den Finanzministern und Regierungschefs bewährt.

Schließlich ist als zentraler strategischer Schwerpunkt die allgemeine Gesundheitsversorgung zu nennen, die auch unsere Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme im Rahmen von „Gesundheit 2020“ maßgeblich bestimmt.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung ist der Chancengleichheit in Bezug auf Zugang wie auch Resultate zuträglich und stellt somit einen Beitrag zum Abbau bestehender Ungleichgewichte dar. Sie ist wichtig im Hinblick auf eine langfristige Nachhaltigkeit und beinhaltet gleichzeitig eine finanzielle Absicherung und einen Zugang zu hochwertigen Angeboten entsprechend der gesundheitlichen Bedürfnisse und der sozioökonomischen Bedingungen. Dies wird in den kommenden Jahren ein wichtiger Schwerpunkt sein.

Darüber hinaus werden die jährlich veranstalteten Flaggschiffkurse von den Mitgliedstaaten zunehmend als eine wichtige Form der Unterstützung anerkannt.

Hier werden verschiedene bedeutende Bereiche in einem umfassenden Ansatz für die Gesundheitssysteme und ihre Finanzierung kombiniert behandelt und die Mitgliedstaaten auf ihrem Weg zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung unterstützt.

Wir haben auch auf eine wachsende Zahl von Bitten aus den Mitgliedstaaten reagiert, systemweite Gesundheitsreformen und einen Übergang zu nachhaltigen und belastbaren Gesundheitssystemen zu unterstützen.

Die konkreten Schwerpunkte lagen dabei auf patientenzentrierten Leistungserbringungsmodellen in Verbindung mit Finanzierungskonzepten, auf einer verbesserten Effizienz in den Gesundheitssystemen, auf höheren Investitionen für die öffentliche Gesundheit und auf der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Wir haben die Möglichkeiten des Regionalbüros für Information und Analyse kontinuierlich verbessert. Diese Arbeit umfasste Initiativen zur Harmonisierung der Datenerhebung, der Definitionen und Prozesse sowie der Qualitätsnormen.

Wir haben unsere Datenbanken (auch die GFA-Datenbanken) allesamt regelmäßig aktualisiert, zentrale gesundheitliche Indikatoren veröffentlicht und zur Kontrolle der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ spezielle Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit waren Erkenntnisse als Grundlage für politische Entscheidungsprozesse; auch in diesem Bereich sind eine Reihe wichtiger Aktivitäten im Gange, wie etwa unser jährlicher Flaggschiffkurs über Gesundheitsinformationen in der Türkei und die Neuauflage des CARINFONET. Außerdem eröffnen wir jetzt unser Online-Portal mit Gesundheitsinformationen, die nun alle aus einer Hand erhältlich sind.

Während der Fachinformationssitzung am Mittwoch werden Sie hierzu detaillierte Informationen erhalten, und es werden eine Reihe neuer Instrumente vorgestellt.

Gestatten Sie mir, an dieser Stelle die wertvollen wissenschaftlichen Beiträge zu würdigen, die der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung zur Politikgestaltung leistet.

Ich begrüße herzlich den Vorsitzenden, Herrn Prof. Tomris Turmen, die stellvertretende Vorsitzende, Frau Prof. Roza Adany, und weitere Mitglieder des Ausschusses.

Bei der Politiksteuerung für Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden kann das gesellschaftliche Umfeld eine entscheidende Rolle spielen, weshalb ihm auch in „Gesundheit 2020“ zentrale Bedeutung beigemessen wird.

Seit mehr als 25 Jahren liefert der Prozess Umwelt und Gesundheit in Europa bereits ein anschauliches Beispiel dafür, wie „Gesundheit 2020“ in die Praxis umgesetzt werden kann.

Der Prozess inspiriert durch seine beispielhafte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Politikbereichen und bietet ein ressortübergreifendes Forum für das Aufstellen politischer Ziele und ihre Umsetzung. Er



befasst sich mit wichtigen Umweltdeterminanten, die immer noch für 20% der Mortalität in unserer Region verantwortlich sind.

Am Donnerstag werden Sie ausführlicher Gelegenheit haben, die erzielten Fortschritte zu begutachten, doch lassen Sie mich schon jetzt hervorheben, dass die erneuerte Steuerungsstruktur, die durch die Ministerkonferenz in Parma geschaffen wurde, inzwischen erfolgreich in Gange gesetzt wurde.

Heute verfügt die Europäische Region im Bereich Umwelt und Gesundheit über mehr politische Führungsstärke und über bessere Möglichkeiten zur Kontrolle und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Erfüllung der Verpflichtungen von Parma.

Die bevorstehende Halbzeitbilanztagung stellt ein wichtiges Etappenziel dar, an dem die Arbeit zur Festlegung der Tagesordnung für die Sechste Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit eingeläutet wird.

Der Prozess Umwelt und Gesundheit wird seine Relevanz in den kommenden Jahren behalten, denn es bleiben eine Reihe unerledigter Aufgaben in Bereichen wie Luftverschmutzung, chemische Kontamination, unzureichende Wasserver- und Abwasserentsorgung in Teilen der Europäischen Region, aber auch Herausforderungen wie der Technologiewandel und die Klimaveränderungen.

Auf der anderen Seite werden die Entwicklungen auf globaler Ebene natürlich auch die Agenda der Europäischen Region beeinflussen. Die Debatte auf der kommende Woche beginnenden Generalversammlung der Vereinten Nationen wird hierfür ein wichtiger Meilenstein sein.

Als Nächstes möchte ich auf die Umsetzung der WHO-Reform in der Europäischen Region zu sprechen kommen. Da Sie jedoch in der Sitzung heute Nachmittag mehr über die Reform hören werden, möchte ich an dieser Stelle nur zwei Punkte hervorheben.

Erstens haben wir in erheblichem Maße zu allen Aspekten der Reform beigetragen, namentlich zu ihrer vollständigen Umsetzung in allen Teilen der Europäischen Region, im Geiste des Grundsatzes „eine WHO“.

Zweitens möchte ich die Arbeit im Bereich der Organisationsführung nennen, die in unserer Region schon weit fortgeschritten ist. Unsere Arbeit zur Stärkung der Rolle unseres leitenden Organs, des Regionalkomitees, und der Führungsstrukturen innerhalb des Regionalbüros basierte auf der globalen WHO-Reform und trug umgekehrt auch zu ihr bei.

Wir haben die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen und Netzwerken in der gesamten Europäischen Region verstärkt und engagieren uns auf breiter Front, was auch der Politikkohärenz zugute kommt. So konnten wir die Mitgliedstaaten effizienter unterstützen.

Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Union bietet eine solide Grundlage, die erhebliche Chancen und zusätzliche Vorteile mit sich bringt.

Das Regionalbüro hat die Erklärung von Moskau mit der Europäischen Kommission vollständig umgesetzt und die Zusammenarbeit mit dem Europäischen Parlament und den Ratspräsidentenschaften ausgeweitet.

In der Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen haben wir große Fortschritte erzielt.

Neben der intensiven Zusammenarbeit an den Millenniums-Entwicklungszielen, der Agenda nach 2015 und der Situation der Roma haben wir nun die Einsetzung einer interinstitutionellen Arbeitsgruppe für nichtübertragbare Krankheiten und die sozialen Determinanten von Gesundheit vereinbart, die unter der Federführung der WHO steht.

Wir haben einem Leitfaden erstellt, um die Landesteamts der Vereinten Nationen neben allen anderen Bereichen der Zusammenarbeit auch bei dieser Arbeit zu unterstützen und der Gesundheit einen hohen

Stellenwert auf der sozialen Entwicklungsagenda zu geben. Hier möchte ich der Regionaldirektorin des UNDP, Frau Cihan Sultanoglu, für Ihre Unterstützung danken.

Zusammen mit ihr werde ich am Mittwochnachmittag während der Sitzung zum Thema Partnerschaften die Zusammenarbeit insbesondere mit den Organisationen der Vereinten Nationen auf globaler Ebene wie auch auf Ebene der Region vorstellen.

Wir haben auch unsere Arbeit mit der Zivilgesellschaft verstärkt, und ich freue mich, dass erneut so viele nichtstaatliche Organisationen hier vertreten sind. Wir haben schriftliche Erklärungen von nichtstaatlichen Organisationen bereits auf unserer Website veröffentlicht, und der Präsident wird sich auch bemühen, ihnen im Laufe der Tagung Redezeit zu erteilen. Es war mir eine Ehre, 2014 im Namen der WHO die Auszeichnung der Europäischen Lungenstiftung entgegennehmen zu dürfen.

Ferner haben wir die Arbeit mit anderen Partnern, insbesondere der Weltbank, der OECD, dem Globalen Fonds, der GAVI-Allianz, dem Europarat und den Entwicklungsorganisationen ausgeweitet und vertieft.

Neue und neu entstehende Formen von Partnerschaften für Gesundheit haben unsere Arbeit wesentlich gestärkt und werden auch weiterhin eine bedeutsame Rolle spielen.

Zu diesen Partnerschaften zählen das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk (SEEHN), die Eurasische Wirtschaftsgemeinschaft, die Partnerschaft der Nördlichen Dimension, der GUS-Rat, politische Netzwerke (wie das Gesunde-Städte-Netzwerk und das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“) und die Netzwerke der WHO für Gesundheitsförderung.

Gleichzeitig haben wir enge Beziehungen zu den Mitgliedstaaten aufgebaut.

Ich hatte die Gelegenheit, viele Länder zu besuchen und mit Präsidenten, Premierministern sowie Ministern für Gesundheit und andere Ressorts zusammenzutreffen.

Dabei warb ich bei den Regierungen für einen hohen Stellenwert von Gesundheit in der staatlichen Politik, für „Gesundheit 2020“, für gemeinsam vereinbarte Prioritäten und für die Förderung einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit mit entsprechenden Mechanismen.

Zahlreiche Minister und Delegationen haben uns beim Regionalbüro besucht und wurden von uns umfassend über die fachliche Zusammenarbeit unterrichtet.

Wir haben auch die Entwicklung von Länder-Kooperationsstrategien (CCS) eingeleitet, von denen zwei bereits unterschrieben sind und drei weitere demnächst zur Unterschrift anstehen. Wir planen eine breiter angelegte und konsequentere Ausweitung der CCS auf andere Länder ohne Länderbüros im Laufe der kommenden fünf Jahre.

Der weitere Ausbau der Länderbüros diene unserer Zusammenarbeit mit den und unserer Tätigkeit in den Ländern.

Wir beabsichtigen unsere Unterstützung für die Mitgliedstaaten weiter zu stärken, indem wir dort WHO-Vertretungen eröffnen, wo dies notwendig und angemessen ist und wo ihre Finanzierung sichergestellt werden kann.

Zu dieser Thematik werden Sie während der Fachinformationssitzung am Dienstag mehr erfahren.

Wir haben unsere Kommunikationskanäle ausgebaut, um unsere Erreichbarkeit sowie die Zugänglichkeit unserer Informationen und Botschaften zu verbessern. Live-Übertragungen haben die Arbeit der leitenden Organe der Organisation einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Wir haben mit Erfolg Kampagnen über die sozialen Medien geführt und so neue Zielgruppen erreicht. Angesichts der wachsenden Nachfrage aus den Mitgliedstaaten haben wir größeren Nachdruck auf die Kommunikation auf Ebene der Länder gelegt.

Das Regionalbüro wird seine Kommunikations- und Internetstrategie in Abstimmung mit der Kommunikationsstrategie auf der globalen Ebene fertig stellen und dann in den kommenden fünf Jahren auf dieser Grundlage arbeiten.

Ich hatte mich dazu verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, das Regionalbüro zu einer führenden Instanz im Gesundheitsbereich zu machen – und damit zu einer starken, evidenzbasierten Organisation, die für die ganze Europäische Region wegweisend ist.

Ein vorrangiges Anliegen war dabei, die fachliche Relevanz unserer Arbeit zu erhöhen. Mit den vorhandenen Mitteln habe ich die administrative Unterstützung im Regionalbüro rationalisiert und umstrukturiert, um Ressourcen für die dringend erforderliche Stärkung der fachlichen Kapazitäten frei zu machen.

Die fachliche Kapazität wurde gestärkt, doch nicht allein durch zusätzliche Einstellungen, sondern auch durch Nutzung vorhandener Ressourcen und Netzwerke, darunter die Kooperationszentren sowie nationale Kapazitäten.

Die Außenstellen bzw. ausgelagerten Fachzentren, die von den Regierungen Deutschlands, Italiens und Spaniens großzügigerweise finanziert werden, haben einen wesentlichen Beitrag zu unserer Arbeit geleistet. Ich bin dankbar für diese Unterstützung durch die Mitgliedstaaten, die der Kapazitätserweiterung beim Regionalbüro dienen.

Im vergangenen Jahr hat das Regionalkomitee die Strategie für die Außenstellen des Regionalbüros überprüft und sich auf das weitere Verfahren geeinigt. Hierfür bin ich Ihnen dankbar.

Mit der großzügigen Unterstützung der Regierung Kasachstans haben wir ein Gastlandabkommen für ein weiteres ausgelagertes Fachzentrum für die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung unterzeichnet.

Im Laufe dieser Tagung werden wir eine Vereinbarung mit der Russischen Föderation unterzeichnen, mit der ein Projekt zur Stärkung der Gesundheitssysteme für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten finanziert und die Schaffung einer weiteren Außenstelle in Moskau eingeleitet werden soll. Die erforderlichen Mittel wurden bereits zur Verfügung gestellt.

Wir sind auch im Begriff, ein Gastlandabkommen mit der Türkei abzuschließen, das die Einrichtung eines Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in Istanbul vorsieht.

Für mich ist ein positives Arbeitsumfeld beim Regionalbüro von überragender Bedeutung. Dies ist nur möglich, wenn das Büro solide finanziert und klug verwaltet wird.

Wir haben erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Finanzierungslage insgesamt zu verbessern, und streben kontinuierlich eine effiziente Verwaltung und eine Begrenzung der Verwaltungskosten an. Ich bin zuversichtlich, dass sich das Regionalbüro heute in Bezug auf Nachhaltigkeit auf einem besseren Weg befindet als zuvor.

Das Ziel muss jetzt darin bestehen, die interne Verwaltung und die administrative Effizienz weiter zu festigen und stärken und zugleich die fachliche Kompetenz durch kollegiale Begutachtung und externe Evaluation zu verbessern und Wege zu einer weiteren Verbesserung der fachlichen Arbeit aufzuzeigen.

Meine sehr geehrten Delegierten, wir haben seit 2010 viel erreicht und gelernt, doch unsere Arbeit ist noch nicht zu Ende.

Wir stehen vor neuen Herausforderungen, aber auch vielfältigen Chancen. Daher sollten wir optimistisch sein, denn Gesundheit ist heute wichtiger denn je.

Ich bin fest entschlossen, mit Ihnen, den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen, dafür einzutreten, dass unsere gemeinsamen Beschlüsse verwirklicht werden.

In unserem Streben nach mehr Gesundheit für alle Völker in der Europäischen Region wollen wir auf unserem Kontinent auch mehr Chancengleichheit und Nachhaltigkeit erreichen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

.

## Anhang 5: Ansprache der Generaldirektorin

Herr Vorsitzender, Exzellenzen, meine Damen und Herren Minister, sehr geehrte Delegierte, meine liebe Schwester Zsuzsanna Jakab, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Vor dem 23. März dieses Jahres war die Aufmerksamkeit der Entscheidungsträger im Bereich der öffentlichen Gesundheit weltweit, auch hier in Europa, auf eine Reihe von größeren gesundheitlichen Bedrohungen, übergeordneten Erfordernissen und Prioritäten für die Zukunft gerichtet. Die vorherrschenden Themen waren die Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten und antimikrobieller Resistenzen, eine allgemeine Gesundheitsversorgung, der Klimawandel und die Entwicklungsagenda nach 2015. Viele sahen der Zweiten Internationalen Konferenz über Ernährung, die von der WHO gemeinsam mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) im November in Rom ausgerichtet wurde, mit großer Erwartung entgegen.

Doch dann änderte sich die Richtung der gesundheitspolitischen Debatte allmählich, nachdem die WHO am 23. März den ersten Fall der Viruserkrankung Ebola in Guinea bestätigt hatte. Diese Ankündigung eines neu bestätigten Falls fand in den internationalen Medien kaum Beachtung. Es herrschte die Einschätzung, dass die Welt von diesem Ausbruch in Guinea nichts bemerken und in keiner Weise betroffen sein würde. Zunächst war also niemand allzu besorgt – weder das Land selbst, noch die WHO oder die Partnerorganisationen, mit denen sie normalerweise während Ausbrüchen zusammenarbeitet, und auch nicht die wichtigsten internationalen nichtstaatlichen Organisationen.

Und nun sehen Sie, wie sich die Lage seitdem entwickelt hat! Sie alle lesen die Schlagzeilen und sehen sich die Nachrichten an. Aktuell ist Ebola fast jeden Tag die Nummer eins oder zwei unter den Schlagzeilen bei einer Google-Suche. Wie in anderen Teilen der Welt sind die Länder in dieser Region in höchster Alarmbereitschaft in Bezug auf die mögliche Einschleppung des Ebola-Virus durch einen Flugreisenden. Es vergeht kaum ein Tag, ohne dass es irgendwo auf der Welt Gerüchte über einen eingeschleppten Fall an einem Flughafen oder in einer Notaufnahme gibt.

Die staatlichen Behörden lassen zu Recht Schutzanzüge verteilen und zeigen ihre Isolierstationen vor. Dies vermittelt Bürgern und Medien die Gewissheit, dass ihr Land gut dafür gerüstet ist, im Falle einer Einschleppung eine weitere Übertragung des Virus zu unterbinden. Das ist verständlich. Das Virus ist tödlich. Die Krankheit ist schrecklich. Natürlich haben die Menschen Angst.

Meine Damen und Herren! Dies ist der größte, schwerste und komplexeste Ausbruch des Ebola-Fiebers in der nahezu vier Jahrzehnte langen Geschichte der Krankheit. Er breitet sich schnell aus und weist eine Reihe nie da gewesener Merkmale auf, die uns eine Überraschung nach der anderen bereiten. Ebola ist ein gnadenloses Virus, bei dem selbst kleinste Fehler bestraft werden. Bisher haben sich fast 300 Gesundheitsfachkräfte infiziert, von denen etwa die Hälfte gestorben sind. Vor Beginn des Ausbruchs hatten die drei am schwersten betroffenen Länder – Guinea, Liberia und Sierra Leone – nur einen bis zwei Ärzte auf 100 000 Einwohner. Mit dem Tod jedes Arztes und jeder Pflegekraft sinkt die Reaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens signifikant.

Angesichts dessen, was das Virus in den betroffenen Regionen Westafrikas angerichtet hat, sind alle übrigen Länder der Welt bestrebt, es möglichst fernzuhalten. Heute stellt sich die Lage so dar: Familien und Gemeinschaften werden dezimiert; ganze Dörfer sind verlassen, weil die Menschen entweder sterben oder fliehen; Leichen bleiben liegen; über 2000 neue Gräber; Waisen, die niemand aufnehmen will; und Krankenhäuser, die überfüllt sind oder ganz geschlossen werden. In Liberia haben mittlerweile 14 der 15 Bezirke des Landes bestätigte Fälle gemeldet. Die Zahl der neuen Fälle steigt exponentiell, doch es gibt im ganzen Land kein einziges Bett für einen Ebola-Patienten.

Im gesamten Afrika südlich der Sahara sind Handel, Tourismus und Reiseverkehr in Mitleidenschaft gezogen. Es herrscht der Eindruck, dass dies eine „afrikanische Krankheit“ sei, von der der gesamte Kontinent auf die eine oder andere Weise befallen ist. Das ist natürlich falsch. Die Menschen schauen

nicht einmal auf die Landkarte. Hier wird ein gesamter Kontinent auf ungerechte und nicht zu rechtfertigende Weise stigmatisiert. Der Leiter der Afrikanischen Entwicklungsbank beurteilt die Lage folgendermaßen: „Die Einnahmen sinken. Die Deviseneinnahmen sinken. Die Märkte funktionieren nicht. Ausländische Flug- und Schifffahrtsgesellschaften haben den Verkehr eingestellt. Entwicklungsprojekte werden gestrichen. Und die Geschäftswelt zieht sich zurück.“

In manchen Regionen gibt es keine funktionsfähige Gesundheitsversorgung mehr. Mit anderen Worten: keine Versorgung für HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose, Lassa-Fieber, Typhus, Cholera oder Dengue-Fieber. Auch nicht für Durchfallerkrankungen oder Lungenentzündung bei Kindern. Es gibt nicht einmal Impfungen und sichere Entbindungen. Nichts. Ein Team von Notfallexperten der WHO hat es so ausgedrückt: „In Liberia ein Baby zur Welt zu bringen, ist die gefährlichste Aufgabe, die man sich vorstellen kann.“

Sehr geehrte Damen und Herren Minister, können Sie sich vorstellen, wie es wäre, wenn so etwas in Ihrem Land mit Ihren Bürgern passieren würde? Ich danke den vielen hier versammelten Ländern, der Europäischen Union und anderen Akteuren für die großartige Unterstützung, die Sie den Regierungen der betroffenen Länder wie auch der WHO und anderen Partnern gewähren. Die ganze Welt schaut gebannt auf diese Krankheit und verfolgt das Handeln der WHO mit – in unseren gemeinsamen Anstrengungen in einem Geist globaler Solidarität. Eine menschenwürdige Welt kann nicht tatenlos zusehen, wie die Menschen in Westafrika so unsägliches Leid erleben.

Meine Damen und Herren! Es stellt sich die Frage, was dieser Ausbruch, der nun seit Monaten Schlagzeilen macht, uns über den heutigen Gesamtzustand unserer Welt besagt. Welches Bild vermittelt er den politischen Führern unserer Welt und den Bürgern, die sie wählen, von Zustand und Stellenwert der öffentlichen Gesundheit? Lassen Sie mich diese Frage anhand von sechs Punkten beantworten.

Erstens verdeutlicht der Ausbruch die Gefahren, die sich aus den wachsenden sozialen und ökonomischen Ungleichheiten in unserer heutigen Welt ergeben. Die Reichen erhalten die beste Gesundheitsversorgung. Die Armen lässt man sterben.

Zweitens: Gerüchte und Panik verbreiten sich schneller als das Virus. Dadurch erhöhen sich die Kosten. Ebola löst fast auf der ganzen Welt Ängste aus. Angst verschärft bestehende soziale Spannungen und ökonomische Verluste weit über die Ausbruchgebiete hinaus. Nach Einschätzung der Weltbank entsteht ein Großteil der wirtschaftlichen Verluste während jedes derartigen Krankheitsausbruchs infolge der hektischen und irrationalen Bemühungen der Bevölkerung, sich vor Infektion zu schützen.

Drittens: Wenn ein tödliches und gefürchtetes Virus eine verarmte Bevölkerung trifft und außer Kontrolle gerät, so stellt dies eine Gefahr für die ganze Welt dar. Denn unsere Gesellschaften des 21. Jahrhunderts sind in einem nie da gewesenen Maße miteinander verbunden, voneinander abhängig und elektronisch vernetzt. Dies zeigt sich nun an einem äußerst gefährlichen Ausbruch an Nigerias Hauptumschlagplatz für Erdöl und Erdgas, in der Stadt Port Harcourt. Nigeria ist der viertgrößte Ölproduzent und der zweitgrößte Erdgaslieferant der Welt. Wenn dieser Ausbruch nicht schnell eingedämmt wird, könnte er weltweit die wirtschaftlichen Aussichten trüben. Deshalb hat die nigerianische Regierung massive Gegenmaßnahmen ergriffen und beträchtliche Mittel eingesetzt. Die WHO hat ein Team unter der Leitung eines ihrer besten Epidemiologen nach Port Harcourt entsandt. Doch allzu viele Menschen waren der Gefahr allzu oft akut ausgesetzt.

Viertens können Jahrzehnte der Nachlässigkeit in Bezug auf das Gesundheitssystem und die grundlegende Gesundheitsversorgung dazu führen, dass eine Schockwelle, wie ein extremes Wetterereignis oder eine außer Kontrolle geratene Epidemie, ein anfälliges Land in die Knie zwingt. Ein Gesundheitssystem lässt sich nicht in einer Krisensituation aufbauen. Im Gegenteil: es bricht zusammen. Wenn ein Gesundheitssystem nicht mehr funktionsfähig ist, hat die Bevölkerung keinerlei

Widerstandsfähigkeit gegen die vielfältigen Schockwellen, wie sie in unserer heutigen Welt mit zunehmender Häufigkeit und Intensität auftreten. Natürlich wissen wir, dass andere Ursachen – etwa Malaria und andere Infektionskrankheiten oder mangelnde Kapazitäten für eine sichere Entbindung – für höhere Zahlen von Todesfällen verantwortlich sind.

Wir kennen nicht die genaue Größe dieses „Notfalls innerhalb einer Notlage“, da die in diesen Ländern schon zuvor unzureichenden Systeme zur Führung von Gesundheitsstatistiken inzwischen gänzlich zusammengebrochen sind. Doch wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass diese Todesfälle keine „Kollateralschäden“ sind. Vielmehr sind sie Teil eines zentralen Problems:

Aufgrund des Fehlens einer grundlegenden Infrastruktur für öffentliche Gesundheit konnte das Virus außer Kontrolle geraten. Einfacher ausgedrückt, zeigt dieser Ausbruch, wie einer der tödlichsten Krankheitserreger der Welt sich jede Schwäche in der Infrastruktur im Gesundheitsbereich zunutze machen kann – ob unzureichende Zahlen beim Gesundheitspersonal oder das nahezu völlige Fehlen von Isolier- oder Intensivstationen in weiten Teilen Afrikas südlich der Sahara.

Doch es gibt aus meiner Sicht auch einen erfreulichen Aspekt. Wenn die Staats- und Regierungschefs in den nicht betroffenen Ländern Erklärungen zu dem Ebola-Ausbruch abgeben, führen sie die nie da gewesene Ausbreitung und Schwere der Epidemie zu Recht auf das Fehlen einer grundlegenden Infrastruktur für die öffentlichen Gesundheitsdienste zurück. Haben also die dringenden (und durch Evidenz gründlich belegten) Appelle aus Ihrer Region in Bezug auf die Bedeutung der Gesundheitssysteme endlich Wirkung gezeigt?

An dem fünften Punkt ist mir besonders gelegen. Das Ebola-Fieber tritt seit etwa 40 Jahren auf. Warum haben die Ärzte immer noch nichts in der Hand, weder einen Impfstoff noch eine wirksame Therapie? Weil Ebola bisher geografisch auf einige arme Länder in Afrika beschränkt war. Damit geht der Anreiz für Forschungsanstrengungen gegen Null. Denn eine gewinnorientierte Industrie investiert nicht in Produkte für Märkte, die nicht bezahlen können. Wir versuchen seit langem, auf diese Problematik aufmerksam zu machen, zuletzt durch die Diskussionen innerhalb der Beratenden Expertengruppe für Fragen von Forschung und Entwicklung sowie ihrer Finanzierung und Koordinierung. In diesem Bereich hat sich Ihre Region äußerst aktiv betätigt, und dafür danke ich Ihnen. Nun sehen die Menschen die Realität dieses Versagens der Forschung, dieses Marktversagens, im Fernsehen und in den Schlagzeilen: Hilflose Ärzte aus aller Welt in ihren Schutzanzügen setzen bei ihren Bemühungen, jämmerlich armen Menschen in Afrika zu helfen, ihr eigenes Leben aufs Spiel und verlieren es teilweise sogar.

Schließlich ist die Welt auch schlecht für eine ernste, anhaltende und stark bedrohliche gesundheitliche Notlage gerüstet. Diese Aussage kommt manchen von Ihnen vielleicht bekannt vor, denn sie war eine der zentralen Schlussfolgerungen des Prüfungsausschusses der Internationalen Gesundheitsvorschriften, der zur Bewertung der Reaktion auf die Influenza-Pandemie von 2009 einberufen wurde. Durch den Ebola-Ausbruch ist zweifelsfrei erwiesen, dass dieses Fazit voll und ganz zutrifft. Nun, da Sie über den Aufbau von IGV-Kapazitäten diskutieren, bin ich äußerst besorgt darüber, dass so viele Länder noch nicht die Kernkapazitäten für die Surveillance, Entdeckung und Bewältigung von Ausbrüchen wie Ebola eingerichtet haben. Wir dürfen keine Zeit verlieren.

Für die WHO ergeben sich aus meiner Sicht zwei konkrete Lehren. Erstens müssen wir uns, wie gestern erläutert, auch weiterhin konsequent dafür einsetzen, dass Gesundheit und die Gesundheitssysteme in die Entwicklungsagenda nach 2015 aufgenommen werden. Wir haben jetzt wesentlich zwingendere Gründe, dies zu tun, und auch eine aufmerksamere Zuhörerschaft. Die Menschen sind heute für Argumente zugänglich, die davor jahrelang auf taube Ohren stießen. Zweitens bringt der Druck infolge dieses Ausbruchs einige Risse und Schwächen innerhalb der WHO ans Licht, einige funktionelle Schwachstellen, die im Rahmen der Reform auf allen drei Ebenen der Organisation dringend in Angriff genommen werden müssen.

Gleichzeitig möchte ich Ihnen aber auch versichern, dass diese Organisation in einigen Schlüsselbereichen sehr schnell und wirksam zu agieren imstande ist. So konnten wir vor zwei Wochen die weltweit führenden Experten an einen Tisch bringen, um die vielen komplexen Fragen in Verbindung mit dem Einsatz klinisch noch ungetesteter Medikamente und Impfstoffe während dieses Ausbruchs zu erörtern. Somit könnte dies der erste Ausbruch von Ebola-Fieber in der Geschichte werden, der mit Impfstoffen und Medikamenten erfolgreich bekämpft wird. Die Erprobung der Impfstoffe an menschlichen Freiwilligen hat bereits begonnen. Wenn weiterhin alles gut geht, könnten bis Ende des Jahres zwei Impfstoffe bereit für eine allmähliche Einführung sein. Gegenwärtig durchlaufen fünf bis zehn Medikamente den Prozess einer möglichst schnellen und sicheren Entwicklung.

Meine Damen und Herren! Selbst wenn es uns gelingt, diese experimentellen Therapien bereitzustellen, so kann ich Ihnen doch eines garantieren: Es wird auch in Zukunft Ebola-Ausbrüche geben. Doch nun an die Arbeit! Vor Ihnen liegt eine gedrängte Tagesordnung voller wichtiger Themen. Der laute Aufschrei über Ebola darf nicht all die anderen gesundheitlichen Erfordernisse übertönen, die dringend Ihrer Aufmerksamkeit bedürfen.

So werden Sie den ersten Bericht über die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ erörtern. Die Europäische Region befindet sich an einem entscheidenden Wendepunkt im Impfwesen. Sie können eine Erfolgsgeschichte vorweisen, die aber noch auf tönernen Füßen steht. Sie werden sich auch mit nichtübertragbaren Krankheiten befassen, die eine der obersten Prioritäten für diese Region darstellen. Sie werden über Möglichkeiten zur Erhöhung der Investitionen in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beraten und ihren Nutzen für die Gesellschaft abwägen.

Ferner stehen noch HIV/Aids und Malaria, aber auch Virushepatitis auf Ihrer Tagesordnung. Die Virushepatitis ist nun aus ihrem Schattendasein hervorgetreten und erhält endlich die Aufmerksamkeit, die sie verdient. Doch unser Blick muss noch weiter geschärft werden.

Sie werden sich auch mit Handlungsoptionen für eine Verlangsamung der Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen befassen. Einige Ihrer Staats- und Regierungschefs haben mit großem Nachdruck darauf hingewiesen, was dieser Trend tatsächlich für das Überleben der modernen Medizin in ihrer heutigen Form bedeutet.

Sie dürfen bei keiner dieser Initiativen den Faden verlieren.

Auch die Eradikation von Polio steht auf Ihrer Tagesordnung. Ich möchte Ihnen versichern, dass unsere Anstrengungen zur Vollendung dieser Aufgabe mit unverminderter Entschlossenheit fortgesetzt werden. Auch wenn wir dringend sofort epidemiologische Krisenmanager für die Bewältigung des Ebola-Ausbruchs benötigen, so werden wir uns doch hüten, sie von der extrem wichtigen Polio-Kampagne abzuziehen.

Meine Damen und Herren, ich möchte Ihnen nochmals danken. Diese Tagung des Regionalkomitees hat noch einen weiteren wesentlichen Punkt auf der Tagesordnung: die Nominierung der Regionaldirektorin, die hier neben mir sitzt. Ich weiß, dass Sie den Prozess in den leitenden Organen absolvieren und die richtige Wahl treffen werden.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

= = =