



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Vierundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 6.–9. September 2004

Punkt 4 der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC54/4

11. Juni 2004

40191

ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht des Elften Ständigen Ausschusses des
Regionalkomitees**

Das vorliegende Dokument enthält den konsolidierten Bericht über die Arbeit des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) seit der 53. Tagung des Regionalkomitees. Es deckt die Tagungen des SCRC im September und November 2003 und im April und Mai 2004 ab.

Der Bericht über die Tagung vom September 2004 wird gesondert nachgereicht.

Die vollständigen Berichte der einzelnen SCRC-Tagungen sind auf der Website des Regionalbüros unter http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20031204_1 verfügbar.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Nachbereitung der 53. Tagung des Regionalkomitees	1
Tuberkulose.....	1
Psychische Gesundheit.....	1
Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle.....	1
Externe Evaluierung der Programme des Regionalbüros für Europa zur Reform der Gesundheitsversorgung	2
Fachthemen	2
Umwelt und Gesundheit.....	2
Nichtübertragbare Krankheiten.....	4
Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen.....	5
Managementfragen.....	6
Die Länderstrategie des Regionalbüros	6
Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit den geografisch verteilten Dienststellen, einschließlich der WHO-Länderbüros.....	7
Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 und Elftes Allgemeines Arbeitsprogramm.....	8
Elftes Allgemeines Arbeitsprogramm.....	10
Partnerschaften für Gesundheit.....	10
Verfahrensfragen.....	11
Weltgesundheitsversammlung	11
Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO	12
Exekutivrat.....	12
Regionalkomitee für Europa	13
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO	14
Sonstige Angelegenheiten	14
Ansprache einer Vertreterin der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa.....	14
Anhang 1 Zusammensetzung des Elften SCRC 2003–2004	16

Einleitung

1. Der Elfte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) tagte unter Vorsitz von Dr. Božidar Voljč erstmalig im Wiener Hofburg Kongresszentrum unmittelbar im Anschluss an die Dreiundfünfzigste Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC53). Auf seiner zweiten Tagung, die am 24. und 25. November 2003 im Hotel Metropol in Eriwan, Armenien, stattfand, wählte der elfte SCRC einstimmig Dr. Godfried Thiers zu seinem Stellvertretenden Vorsitzenden. Die Teilnehmer dieser Tagung wurden durch den ersten stellvertretenden Gesundheitsminister Armeniens, Dr. Haik Darbinyan, begrüßt. Die dritte Tagung des SCRC fand vom 31. März bis 2. April 2004 in Kopenhagen im WHO-Regionalbüro für Europa, die vierte am 16. Mai 2004 in Genf im Palais des Nations statt.

Nachbereitung der 53. Tagung des Regionalkomitees

2. Der SCRC unterzog bei seiner ersten Zusammenkunft die Ergebnisse des RC53 einer vorläufigen Prüfung, an die sich auf der zweiten Tagung eine genauere Prüfung der durch das Sekretariat veranlassten Folgeschritte anschloss.

Tuberkulose

3. Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, informierte den SCRC bei der zweiten Tagung darüber, dass das Regionalbüro seit Annahme der Resolution EUR/RC52/R8 im Jahr 2002 Erhebliches im Bereich Tuberkulose geleistet habe, insbesondere in mittel- und osteuropäischen Ländern. Dennoch nehme die multiazneimittelresistente Tuberkulose in einigen Ländern zu und sei damit weiterhin eine wichtige politische Herausforderung.

4. Der SCRC nahm zur Kenntnis, dass Tuberkulose häufig in Verbindung mit HIV/Aids auftritt und dass zur Bekämpfung beider Krankheiten weitere Finanzmittel benötigt würden. Er erwartete einen ausführlichen Sachstandsbericht beim RC54.

Psychische Gesundheit

5. Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, berichtete von den Vorbereitungen für die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit vom 12. bis 15. Januar 2005 in Helsinki. Zwei Vorbereitungsveranstaltungen zu Menschenrechten und Stigmatisierung hätten im Jahr 2003 stattgefunden. Für 2004 seien vier weitere geplant zu den Themen: Suizidprävention, gesellschaftlich bedingter Stress, Kinder und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen sollten in den Aktionsplan einfließen, den die Konferenz voraussichtlich annehmen werde. Das Konferenzprogramm werde so ausgelegt, dass es Ministern die Teilnahme insbesondere an der Diskussion am runden Tisch und bei der Annahme der Erklärung und des Aktionsplans am letzten Tag ermögliche.

6. Der SCRC wies auf die Notwendigkeit hin, das Thema Gewalt mit auf die Tagesordnung der Konferenz zu setzen und auf die insbesondere während des Ratsvorsitzes verschiedener Länder der Europäischen Union und im Rahmen des Europarats bereits geleistete Arbeit zum Thema psychische Gesundheit aufzubauen.

Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle

7. Der Regionaldirektor stellte fest, dass die Arbeit an drei der vier „Säulen“ in dem vom RC53 beschlossenen Aktualisierungsplan des regionalen GFA-Rahmenkonzepts begonnen habe. Der erste Bereich (Prüfung der Anwendung von GESUNDHEIT21 durch die Mitgliedstaaten) werde vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Brüssel bearbeitet. Der zweite Bereich

(Einschätzung der grundlegenden Werte für Public Health) werde von einer vom Regionaldirektor berufenen Expertengruppe betreut. Der dritte Bereich (verfügbare Instrumente für Entscheidungsträger) sei einem Forscher anvertraut worden.

8. Der SCRC setzte sich für eine volle Einbeziehung der Mitgliedstaaten in die Aktualisierung ein. Er erwartete eine umfassende Erörterung auf dem RC54, in dessen Anschluss ein erster Entwurf des aktualisierten Rahmenkonzepts den Mitgliedstaaten mit Bitte um Stellungnahme zugesandt werde.

Externe Evaluierung der Programme des Regionalbüros für Europa zur Reform der Gesundheitsversorgung

9. Der SCRC vereinbarte, dass der Vorsitzende und der Regionaldirektor gemeinsam über die weiteren Maßnahmen bezüglich der externen Evaluierung im Jahr 2001 der Programme des Regionalbüros zur Reform der Gesundheitsversorgung beschließen würden.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Berichts des Regionaldirektors (EUR/RC54/6) und des Papiers über die Weiterverfolgung von bereits auf früheren Regionalkomitees erörterten Themen (EUR/RC54/12)

Fachthemen

Umwelt und Gesundheit

10. Auf der zweiten Tagung des SCRC erinnerte der Regionaldirektor daran, dass das RC53 – insbesondere mit Hinblick auf die große Anzahl alter Menschen, die während der Hitzewelle des Sommers verstorben waren – das Regionalbüro gebeten hatte nach Möglichkeiten zu suchen, „die schnellere Meldung von qualitativ besseren Mortalitätsstatistiken sicherzustellen“. Die WHO hinge jedoch bei der Datenerhebung von ihren Mitgliedstaaten ab. Mortalitätsstatistiken ermöglichten hervorragende Langzeitstudien. Die Datenerhebung müsse jedoch vereinheitlicht erfolgen, um eine Vergleichbarkeit über längere Zeit zu gewährleisten.

11. Im Rahmen der Vorbereitungen für die im Juni 2004 geplante Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit von Budapest werde im Februar 2004 in Bratislava eine Tagung zu den politischen Konsequenzen extremen Wetters stattfinden. Der SCRC regte an, auf dieser Tagung die Nutzung alternativer Quellen für Mortalitätsdaten wie Begräbnislisten und Kirchenregister anzusprechen und einzuschätzen und die Ergebnisse an die Mitgliedstaaten weiterzuleiten. Der SCRC drückte auch Interesse an der Erprobung eines „Wachsystems“ in den Stadtregionen einiger Länder aus.

12. Außerdem informierte der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, den SCRC über die Vorbereitungen zur Budapester Konferenz. Das dritte zwischenstaatliche Vorbereitungstreffen werde am 27. und 28. November 2003 in Evora (Portugal) stattfinden. Das dritte Treffen der Sonderarbeitsgruppe zum Aktionsplan Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region der WHO werde in Brüssel am 15. und 16. Dezember 2003 abgehalten. Das letzte zwischenstaatliche Vorbereitungstreffen sei für den 25. und 26. März 2004 in Malta geplant. Das Thema müsse auch auf die Tagesordnung des RC54 gesetzt werden, damit die auf der Konferenz angenommenen Dokumente dort Unterstützung fänden und die Zukunft von Umwelt und Gesundheit berücksichtigt und die Konsequenzen der Gesamtstrategie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erkundet würden.

13. Der SCRC bat darum, dass das dem RC54 vorzulegende Papier nicht nur über den Ausgang der Konferenz berichte, sondern auch die Wirkung der Umwelt- und Gesundheitsveränderungen auf die Gesundheit der Bevölkerungen der Region berücksichtigen solle.

14. Auf der dritten Tagung rief der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, den zur Budapester Konferenz führenden Prozess ins Gedächtnis. Auf der ersten Konferenz (Frankfurt, 1989) habe man die Grundsätze für die Arbeit in diesem Bereich festgelegt und in der Frankfurter Charta verankert, und in der Folge dieser Konferenz sei das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit eingerichtet worden. Auf der zweiten Konferenz (Helsinki, 1994) wurden die Ergebnisse einer umfassenden Erhebung über den umweltbedingten Gesundheitsschutz in Europa geprüft und der Prozess eingeleitet, der zur Ausarbeitung von nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) führte. Den Schwerpunkt der dritten Konferenz (London, 1999) bildete das partnerschaftliche Handeln, was zur Annahme eines rechtlich bindenden Protokolls über Wasser und Gesundheit und einer Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit führte und bewirkte, dass das Mandat des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) verlängert wurde.

15. Der vierten Konferenz, die unter dem Motto „Die Zukunft unseren Kindern“ stehe, gingen vier zwischenstaatliche Vorbereitungstreffen voraus, auf denen die wichtigsten angestrebten Konferenzergebnisse, nämlich die Konferenzklärung und der Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region (CEHAPE) Zeile für Zeile verhandelt wurden. Die Erklärung sichere ein starkes politisches Engagement für die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit von Kindern und greife dabei neue Problemkreise auf, wie z. B. extreme Witterungsereignisse oder Wohnen und Gesundheit, und führe neue Instrumente der Politikgestaltung ein (z. B. ein Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem). Außerdem würde durch sie das Mandat des EEHC erneuert und ausgeweitet, wobei die Mitgliedstaaten im Ausschuss stärker vertreten sein würden. Der CEHAPE sollte sich auf vier vorrangige regionale Ziele gründen, begleitet von einem Maßnahmenkatalog, anhand dessen die Länder diese Ziele verfolgen könnten.

16. Das dem RC54 vorzulegende Dokument würde folglich den zur Konferenz hinführenden Prozess nachzeichnen, die Konferenzergebnisse herausarbeiten und das Schwergewicht auf die Ausrichtung der in den kommenden fünf Jahren von der WHO im Bereich Umwelt und Gesundheit zu leistenden Arbeit legen. Betont würde der Stellenwert einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit anderen zwischenstaatlichen Organen. In dem Resolutionsentwurf zu dem Papier würden die Mitgliedstaaten eindringlich ersucht, die Erklärung und den CEHAPE umzusetzen, die wichtigste Richtung der WHO-Arbeit abzustecken, sich hinter den neuen EEHC zu stellen und die WHO aufzurufen, ihre Führungsrolle in diesem Bereich beizubehalten.

17. Der SCRC würdigte die für die Fertigstellung der Konferenzunterlagen geleistete umfassende Arbeit und die Ergebnisse, die durch den langwierigen Prozess seit der ersten Konferenz im Jahr 1989 erzielt worden seien. Das österreichische Mitglied bedauerte im Namen seines bei der Ausarbeitung des CEHAPE führenden Landes, dass der Maßnahmenkatalog nicht Bestandteil des Aktionsplans sein solle, und empfahl, die Erklärungen künftiger Konferenzen auf zwei oder drei Seiten zu beschränken, um sie damit für die Öffentlichkeit ansprechend und anregend zu machen.

18. Besorgt zeigte man sich hinsichtlich möglicher Überschneidungen mit dem Prozess „Umwelt für Europa“ der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen, weshalb vorgeschlagen wurde, die kommenden Konferenzen der beiden Organisationen zeitlich aufeinander abzustimmen. Der SCRC war sich jedoch darüber im Klaren, dass einige Mitgliedstaaten diesen Weg nur zögerlich einschlagen würden, da sie gesundheitliche Aspekte gesondert behandelt sehen wollten.

19. Das vorgeschlagene neue, klare Mandat des EEHC wurde begrüßt, wobei der SCRC jedoch meinte, dass den Mitgliedstaaten zwischen der Budapester Konferenz und dem RC54 nur sehr wenig Zeit bleibe, Kandidaten für den erweiterten Ausschuss aufzustellen. Der Regionaldirektor wurde deshalb gebeten, in seinem Einladungsschreiben zum RC54 darauf hinzuweisen, dass beim RC54 wahrscheinlich eine außerordentliche Wahl zum neuen EEHC stattfinden werde, und die Mitgliedstaaten zu ersuchen, auch Kandidaten für dieses Gremium aufzustellen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Arbeitspapiers zu Umwelt und Gesundheit: Folgeschritte nach der Budapester Konferenz (EUR/RC54/10)
Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC54/Conf.Doc./5)
Wahl neuer Mitglieder des EEHC

Nichtübertragbare Krankheiten

20. Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, erklärte auf der zweiten Tagung des SCRC im November 2004, dass die Europäische Region der WHO eine Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) entwickeln müsse, die die konkreten, unterschiedlichen Gegebenheiten der Region berücksichtige, einen zusammenhängenden Rahmen für die gegenwärtige und zukünftige Arbeit biete und die Bedürfnisse der Länder in den Mittelpunkt rücke. Das Regionalbüro baue auf vorhandene „Säulen“ (wie die globale Strategie zu NCD und die Vorbereitung eines ähnlichen Instruments für den Bereich Ernährung, Bewegung und Gesundheit und regionale Initiativen und Beratungen zu den Themen Tabak, psychische Gesundheit, Gewalt und Gesundheit usw.) und plane dem RC54 ein Diskussionspapier vorzulegen und dem RC56 eine Europäische Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten vorzuschlagen.

21. Die regionale Strategie werde unter Einbeziehung der Mitgliedstaaten entworfen, wobei eine „Bezugsgruppe“ Sachverstand beisteuere. Es werde angestrebt, den Ländern die erforderlichen Instrumente für eine ganzheitliche Bekämpfung allgemeiner Risikofaktoren, die Entwicklung eigener NCD-Konzepte, die Beeinflussung von Konzepten außerhalb des Gesundheitssektors mit Auswirkungen auf die Gesundheit (z. B. in Handel, Landwirtschaft und Stadtentwicklung) bereitzustellen und Gesundheitsreformen zu fördern.

22. Der SCRC würdigte die guten Voraussetzungen der WHO, Instrumente und Verfahren zu entwerfen, die die Mitgliedstaaten für eigene, an ihre konkreten Bedürfnisse angepasste Strategien nutzen könnten. Er unterstützte voll die umfassende, ganzheitliche Vorgehensweise bei Prävention und Bekämpfung von NCD, für die geworben werde, regte jedoch an, Gesundheitsförderung mit einzubeziehen. Die vorgeschlagene Strategie sollte auch die Ergebnisse der Budapester Konferenz und die Aktivitäten in der Europäischen Union (EU) berücksichtigen.

23. Der SCRC stimmte dem vorgeschlagenen Zeitrahmen für die Entwicklung der Strategie zu. Der Zeitraum von 2004 bis 2006 ermögliche ausführliche Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und diene damit der Transparenz und der Nachhaltigkeit der Strategie.

24. Bei der dritten Tagung des SCRC stellte der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, eine Skizze des Papiers vor, das dem RC54 vorgelegt werde. Er wies darauf hin, dass die globale Strategie für die Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2000 bekräftigt worden sei (Resolution WHA53.17). Beim RC52 im Jahr 2002 hatte der Regionaldirektor vorgeschlagen, eine europäische Strategie zu entwickeln. Der Weltgesundheitsversammlung werde im Mai 2004 eine globale Strategie zum Thema Ernährung, Bewegung und Gesundheit vorgelegt.

25. Die Begründung für eine europäische Strategie ergebe sich aus der Tatsache, dass nichtübertragbare Krankheiten die Hauptkrankheitslast der Region ausmachten und im Jahr 2000 für über 75% aller Sterbefälle verantwortlich gewesen seien. Das Regionalbüro brauche einen kohärenten Rahmen für seine laufende und die künftige Arbeit im Bereich der nichtübertragbaren und chronischen Krankheiten. Das erfordere eine europäische Dimension zu globalen Strategien, die die Besonderheit und Unterschiedlichkeit der Region berücksichtige und einen länderbasierten Ansatz fördere, der das bestehende Wissen, die vorhandenen Erfahrungen und die übliche Praxis ausnutze.

26. Die europäische Strategie werde deshalb auf die integrierte Bekämpfung verbreiteter Risikofaktoren abzielen, die Entwicklung von Grundsatzkonzepten zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in den Mitgliedstaaten anregen und ermöglichen, die Politik in nicht mit Gesundheit befassten Politikbereichen, die aber doch Auswirkungen auf die Gesundheit hätten, zu beeinflussen suchen, Gesundheitssystemreformen fördern, damit der langfristige Versorgungsbedarf von chronisch Kranken besser gedeckt werden könne, und außerdem werde man eine für die Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten relevante Datenbank aufbauen.

27. Zu Beginn des Entwurfs für das RC54-Papier werde deshalb für eine europäische Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten argumentiert und ausführlich dargelegt, was (vor allem die finanzielle) Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten in Europa bedeute. Danach würden die multifaktoriellen Determinanten dieser Krankheiten betont, die mit ihrer Bekämpfung verbundenen Herausforderungen hervorgehoben, so wie auch gezeigt werde, dass man integrierte Handlungsansätze brauche. Die bereits eingegangenen Verpflichtungen und die zurzeit laufenden Aktivitäten würden aufgelistet, worauf nach einer begrenzten Zahl von Kernaussagen die für die WHO vorrangigen Bereiche erläutert würden.

28. Die im gesamten Regionalbüro laufende Arbeit und die bisher abgehaltenen Vorbereitungstreffen würden Anfang Mai 2004 durch eine Expertentagung ergänzt, worauf man Anfang Juni 2004 (unter Berücksichtigung der Kommentare des SCRC) das beim RC54 vorzulegende Papier überarbeiten werde. Für die zweite, den Zeitraum 2004–2005 umfassende Vorbereitungsphase seien Konsultationen mit den Mitgliedstaaten, die Erarbeitung von Modellverfahren und Praxisinstrumenten, die Kartierung der Lage in der Europäischen Region und der Ausbau der wissenschaftlich erhärteten Faktengrundlage vorgesehen, wobei man sich auf die Ergebnisse von ministeriellen Konferenzen stützen werde. In einer dritten Phase werde man 2006 beim RC56 die endgültige Strategie vorlegen.

29. Der SCRC war mit dem Konzept des RC54-Papiers sowie mit den für die Weiterentwicklung der europäischen Strategie zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten vorgeschlagenen Schritten einverstanden. Es sei angebracht, sich mit dem Stellenwert der Krankheitsprävention in Gesundheitssystemen der Europäischen Region auseinander zu setzen, und es sei wichtig, sich diesbezüglich ausführlich mit den Mitgliedstaaten zu beraten. Dabei müsse man das Schwergewicht nicht nur auf die Primärprävention, sondern auch auf die Sekundär- und Tertiärprävention legen.

30. Der SCRC machte auch darauf aufmerksam, dass man Kinder in der Strategie berücksichtigen und in die Sekundär- und Tertiärprävention die im Gesundheitswesen Beschäftigten einbeziehen müsse. Abschließend erklärte man, entscheidend sei es, die Umsetzung der Strategie auf nationaler Ebene zu verorten, und außerdem müssten die verschiedenen Elemente der Strategie auf die Bekämpfung der in den einzelnen Ländern vorherrschenden Risikofaktoren zugeschnitten werden.

31. Bei der vierten Tagung nahm der Regionaldirektor mit Zufriedenheit zur Kenntnis, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Region die Globale Strategie Ernährung, Bewegung und Gesundheit unterstützten und einer Lösung des Problems der Fettsucht große Bedeutung beimäßen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers über die Europäische Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten

(EUR/RC54/8)

Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC54/Conf.Doc./3)

Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen

32. Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, informierte den SCRC bei seiner zweiten Tagung darüber, dass zwei Länder der Europäischen Region das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) bereits ratifiziert hätten. Der Ratifizierungsprozess durch die Europäische Gemeinschaft sei ebenfalls gut vorangekommen. Das Regionalbüro unterstütze Mitgliedstaaten bei

der Ratifizierung und der Annahme nationaler Aktionspläne. Darüber hinaus konzentrierten sich regionale Aktivitäten auf Passivrauchen und Raucherentwöhnung und die Entwicklung einer Informationsstrategie und einschlägiger Datenbanken.

33. Der SCRC vermerkte, dass die Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) durch immer aggressivere Tabakreklamen herausgefordert würden, die sich besonders an die junge Bevölkerung richteten. Dem in einigen Ländern nachweislich jüngeren Einstiegsalter müsse besondere Aufmerksamkeit zukommen und die WHO wurde gedrängt, eine konkrete Strategie zur Bewältigung dieses Problems zu entwickeln und das Thema (gemeinsam mit Passivrauchen) auf die Tagesordnung der Budapester Konferenz zu setzen.

34. Generell erkannte der SCRC an, dass es nicht ausreiche, wenn Länder das FCTC ratifizierten, das Thema müsse weiter auf der politischen Tagesordnung einen hohen Stellenwert genießen und es müsse versucht werden, die Expansionsbestrebungen der Tabakindustrie in die Entwicklungsländer hinein aufzuhalten.

35. Bei seiner Tagung im April 2004 informierte der Regionaldirektor den SCRC darüber, dass das FCTC inzwischen von neun Ländern ratifiziert worden sei, darunter zwei Mitgliedstaaten der Europäischen Region (Malta und Norwegen).

Managementfragen

Die Länderstrategie des Regionalbüros

36. In Befolgung von Resolution EUR/RC53/R2 sei damit begonnen worden, kurze konkrete Berichte der Länderbüros zusammenzustellen und Kriterien oder Indikatoren aufzustellen, anhand derer die Umsetzung der Länderstrategie bewertet werden könne.

37. Der SCRC bekräftigte, dass die Bewertung den Zeitraum 2002–2003 abdecken und auf die Frage beschränken solle, wie die Strategie die Arbeitsweise der WHO in den Ländern beeinflusst habe. Mit anderen Worten solle sie nicht die Auswirkung der Strategie auf die gesundheitliche Lage in einem Land bewerten. Der SCRC empfahl außerdem, dass die Länderberichte (für alle Länder der Europäischen Region) vor einer Vorlage beim RC54 auf nationaler Ebene freigegeben sein sollten.

38. Bei der dritten Tagung des SCRC stellte die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung fest, dass man deshalb so vorgegangen sei, prozessuale Verbesserungen als Ersatzmessgröße zu nehmen und damit die Wirkung von WHO-Aktivitäten auf Parameter wie Bedarfsermittlung, Entscheidungsfindung und Wissensgrundlage in den Mitgliedstaaten zu bestimmen. Man sei von der im Jahr 2000 durchgeführten Evaluierung des EUROHEALTH-Programms des Regionalbüros ausgegangen. Nach Möglichkeit habe man quantitative Daten benutzt, ergänzt durch narrative Darstellungen und qualitative Angaben aus den „Abschlussberichten“ über BCAs und anderen Quellen. In jedem Länderbericht seien deshalb die vorrangigen Kooperationsbereiche für den Zweijahreszeitraum 2002–2003 und 2004–2005, die wichtigsten im Zeitraum 2002–2003 erzielten Resultate, die wichtigsten Produkte und der von EURO in dem betreffenden Land eingeschlagene Aktivitätskurs sowie andere relevante Aspekte der Länderpräsenz des Regionalbüros angeführt. Vorläufig könne man aus dieser Übung den Schluss ziehen, dass die WHO noch nicht imstande sei, ihre Ländertätigkeit systematisch zu beurteilen und zu erfragen, inwieweit die Mitgliedstaaten der Ansicht seien, von der WHO jetzt besser bedient zu werden.

39. Der SCRC begrüßte den Entwurf. Zum ersten Mal erhalte man hier ein detailliertes Bild davon, wie unterschiedlich und vielschichtig sich die Arbeit der WHO in der Europäischen Region gestalte, auch wenn der Schwerpunkt dabei auf der Tätigkeit des Regionalbüros liege. Die dem RC54 vorzulegende Fassung sollte den einleitenden methodischen Abschnitt beibehalten, da er die immer noch anhaltende Fachdiskussion über die Erkenntnisse des *Weltgesundheitsberichts 2000* veranschauliche. Es wurde

vorgeschlagen, in künftige BCAs konkrete Ziele und Indikatoren aufzunehmen, um nachfolgende Evaluierungen zu erleichtern.

40. Aufbau und Länge der Länderberichte wurden gebilligt. Es sollte jedoch mehr über die Rolle der WHO als normativer Fachorganisation gesagt werden. Eine Anmerkung zu jedem Bericht sollte Auskunft darüber geben, ob die WHO in dem betreffenden Mitgliedstaat ein Länderbüro unterhalte. Die Mitgliedstaaten sollten zwar zum Inhalt des sie betreffenden Länderberichts gehört werden, der SCRC betonte jedoch, dass die Autorenverantwortung weiterhin bei der WHO liegen müsse, so wie das auch in anderen internationalen Organisationen üblich sei.

41. Im Hinblick auf die Schlussfolgerungen meinte der SCRC, es sei vielleicht schwieriger, Wirkungen in Ländern zu messen, die bereits seit langem Mitglied der WHO sind, als diese in den neuen unabhängigen Staaten zu erfassen, und man könne wohl auch leichter Auswirkungen im Gesundheitsbereich insgesamt als in konkreten Teilen des Gesundheitssystems feststellen. Trotzdem sollte man die Schlussfolgerungen positiver fassen. Es gebe Beweise dafür, dass die WHO die Entscheidungsfindung in den Ländern und damit letztlich auch die gesundheitlichen Resultate beeinflusst habe.

42. Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung schloss die Erörterung bei der dritten Tagung des SCRC mit der Vorlage einer Fallstudie über die Zusammenarbeit der WHO mit Bosnien-Herzegowina ab. In der komplizierten Notsituation der 1990er Jahren waren die Organisation und die Regierung gezwungen gewesen, sich in ihrer Planung nach den Gebern zu richten, zu Beginn des jetzigen Jahrzehnts habe man jedoch gemeinsam die gesundheitlichen Bedürfnisse des Landes analysiert, seine Prioritäten und Präferenzen ermittelt und ausgehend davon verhandelt, was zur Unterzeichnung eines BCA für 2004–2005 geführt habe.

43. Die WHO sei zurzeit durchaus in der Lage, mit einem resultatsorientierten Arbeitsplan und einer klar definierten Rolle und klaren Funktionen im Gesundheitssektor als führender Akteur und strategischer Partner aufzutreten. Infolgedessen habe die Europäische Kommission der WHO für die Umsetzung eines Gesundheitsreformprojekts im Land zwei Millionen €bewilligt, und Geberorganisationen wie die Canadian International Development Agency, die Japanese International Cooperation Agency und die Weltbank koordinierten ihre Tätigkeit eng mit der der Organisation.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Arbeitspapiers zur Länderstrategie des Regionalbüros (EUR/RC54/Inf. Doc./2)

Strategische Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros mit den geografisch verteilten Dienststellen, einschließlich der WHO-Länderbüros

44. Der Regionaldirektor informierte den SCRC auf seiner Tagung im November 2003 über eine von ihm zu dem Thema geografisch verteilte Dienststellen (GDOs) einberufene Brainstorming-Gruppe, die sich in Rom am 8. und 9. Januar 2004 treffen werde. Das Thema könne auch von einem Zukunftsforum aufgegriffen werden. Der SCRC empfahl, die Teilnehmer des Treffens in Rom auf den Unterschied zwischen GDOs und WHO-Kooperationszentren hinzuweisen, wobei sie sich auf Vorschläge zu den ersteren konzentrieren sollten.

45. Der Regionaldirektor teilte dem SCRC bei seiner dritten Tagung mit, dass sich die Brainstorming-Gruppe zweimal getroffen und den dem Ausschuss vorliegenden Entwurf für das RC54-Dokument ihre Erörterungen zugrunde gelegt habe. Das Papier beschränke sich auf die GDOs, die man als außerhalb von Kopenhagen angesiedelte, doch anderweitig völlig im Regionalbüro integrierte Facheinheiten definiert habe, deren Auftrag es sei, in einem bestimmten inhaltlich fest umrissenen Bereich für alle Länder der Region zu arbeiten. Sie unterschieden sich somit also eindeutig von den Länderbüros der WHO, die für die gesamte Bandbreite der WHO-Aktivitäten in einem einzigen Land zuständig seien, und seien auch etwas anderes als die WHO-Kooperationszentren, die nicht Teil der Regionalbürostruktur seien und deren Mitarbeiter keine WHO-Bediensteten seien.

46. Das Europäische WHO-Zentrum für Umwelt und Gesundheit (ECEH) sei nach der Frankfurter Konferenz im Jahr 1989 errichtet worden und die Region habe zurzeit fünf Zentren (neben den beiden ECEH-Außenstellen in Rom und Bonn die Zentren in Barcelona, Brüssel und Venedig). Die GDOs arbeiteten hoch spezialisiert und qualifiziert auf Gebieten, die man sonst nicht berücksichtigen könnte. Sie würden aus dem ordentlichen Haushalt der Organisation (2002–2003 mit 4,3 Millionen US\$) und aus anderen Quellen wie über Vereinbarungen mit Gastländern und durch freiwillige Beiträge (20 Millionen US\$) finanziert. Sie hätten insgesamt 97 Mitarbeiter.

47. Man halte die derzeitige Gewichtsverteilung zwischen den verschiedenen GDOs und dem Kopenhagener Büro für akzeptabel. Man könne jedoch ein neues GDO einrichten, wenn ein konkretes Fachgebiet bearbeitet werden müsse, das Regionalbüro nicht genügend Ressourcen habe und sich ein Mitgliedstaat als Sitzstaat anbiete. Das Papier für das RC54 enthalte Leitlinien für die Etablierung und Leitung eines GDOs und bekräftige, dass der SCRC und das Regionalkomitee gehört werden würden, bevor ein Zentrum geschaffen oder geschlossen werde.

48. Der SCRC lobte das hervorragende und praktische Papier der Arbeitsgruppe, das klare Leitlinien für die Zukunft anweise. Er bekräftigte seine Auffassung, dass Kopenhagen nicht zu einem kleinen, hauptsächlich mit der Koordinierung externer Einheiten befassten Büro werden sollte. Er war sich einig, dass die GDOs in der Europäischen Region der Organisation durchaus etwas zuführten, zeigte sich jedoch (wie die Personalvereinigung) besorgt, dass sich die dort beschäftigten Mitarbeiter isoliert fühlen könnten und dies negative Auswirkungen auf die interne Mitarbeitermobilität und letztlich auf die Betriebseffizienz einer dezentralisierten Struktur haben könne. Selbstverständlich müssten die Mitarbeiter von GDOs zu den gleichen Bedingungen eingestellt werden wie in anderen Teilen der Organisation. Abschließend empfahl der SCRC, die GDOs in Zukunft als „WHO/EURO-Büro für ...“ zu bezeichnen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers über die Europäische Strategie zu geografisch verteilten Büros
(EUR/RC54/9)
Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC54/Conf.Doc./4)

Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 und Elfte Allgemeines Arbeitsprogramm

49. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen informierte den SCRC auf seiner Tagung im November 2003 darüber, dass das Regionalbüro gegenwärtig mit der Einzelplanung für den Zweijahreszeitraum 2004–2005 beschäftigt sei und dabei unter anderem anstrebe festzulegen, welche Bedürfnisse der Länder aus ordentlichen Haushaltsmitteln gedeckt werden könnten und wo außerplanmäßige Mittel benötigt würden. Die vorläufigen Ergebnisse deuteten auf einen außerplanmäßigen Finanzierungsbedarf der Europäischen Region von 115 Millionen US-\$. Nach Überführung von Mitteln aus dem gegenwärtigen Zweijahreszeitraum bleibe noch eine Finanzierungslücke von 101 Millionen US-\$.

50. Die Leitende Beraterin der Abteilung Programmplanung und -umsetzung bestätigte, dass die Arbeitsbereichsstruktur des Programmhaushalts 2004–2005 bei kleinen Änderungen beibehalten werde und dass die Einbeziehung sowohl ordentlicher als auch außerplanmäßiger Mittel verstärkt verfolgt werde. Nach der Zielsetzung des Generaldirektors sollten 75% aller Mittel in den Regionen und Ländern ausgegeben werden. Der Rahmen für den Haushaltsentwurf 2006–2007 werde dem SCRC auf seiner Apriltagung im Jahr 2004 und ein erster Entwurf dem RC54 zur Stellungnahme vorliegen.

51. Der SCRC stellte fest, dass der Generaldirektor sich auch zur Versetzung vieler Bediensteter vom Hauptbüro in die Regionalbüros und ins Feld verpflichtet habe, und regte an, dass die Exekutivratsmitglieder der Europäischen Region das Thema auf der kommenden Ratstagung aufgreifen.

52. Auf der dritten Tagung des SCRC erläuterte der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen die wichtigsten Aspekte des Programmhaushaltsentwurfs für den Zeitraum 2006–2007. Er werde weiterhin nach Arbeitsbereichen gegliedert, werde die Ressourcenanforderungen angeben und neue Prioritäten

der Organisation enthalten, wobei die Mittelzuweisung aus dem ordentlichen Haushalt eingefroren bleibe. Vor allem aber werde er eine ausdrückliche Verpflichtung zur Erbringung von Resultaten auf Länderebene enthalten.

53. Die Ausarbeitung des Programmhaushaltsentwurfs für 2006–2007 erfolge in ähnlichen Schritten wie in früheren Haushaltszeiträumen und beinhalte eine Erörterung des Entwurfs bei Regionalkomiteetaugungen im Jahr 2004, die Überprüfung eines überarbeiteten Entwurfs durch den Exekutivrat im Januar 2005 und die Annahme durch die Delegierten der 58. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2005.

54. Danach wurde dem SCRC mitgeteilt, wie der Haushaltsentwurf 2006–2007 für die einzelnen Arbeitsbereiche im Vergleich zum angenommenen Haushalt für 2004–2005 aussehen werde. Für den integrierten Gesamthaushalt sei nur ein leichter Anstieg (von 204 Millionen US-\$ auf 210 Millionen US-\$ vorgesehen, für die folgenden Bereiche werde jedoch eine erhebliche Aufstockung vorgeschlagen: Gesundheit von Kindern und reproduktive Gesundheit, Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie Evidenz. Für die Bereiche Umwelt (darunter Lebensmittelsicherheit) und Bekämpfung von Krankheiten, für die Mittel aus dem Globalen Fonds zur Verfügung stünden (Malaria, Tuberkulose und HIV-Infektion/Aids), sei eine Mittelkürzung vorgesehen, im letzteren Fall von 40 Millionen US-\$ auf 27 Millionen US-\$.

55. Ein nach Quellen aufgeschlüsselter Vergleich der voraussichtlichen Finanzmittel für 2004–2005 und 2006–2007 zeige einen leichten Anstieg der aus dem ordentlichen Haushalt und anderen Quellen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Gesamtfinanzierungslücke habe man für beide Haushaltszeiträume auf etwa das gleiche Niveau veranschlagt, nämlich 106 Millionen US-\$. Angesichts des erheblichen Anstiegs der im WHO-Hauptbüro aus anderen Quellen zu erwartenden Mittel sei es wichtig, dass sich die Europäische Region ihren gerechten und rechtzeitigen Anteil an den freiwilligen Beiträgen sichere.

56. Der SCRC zeigte sich besorgt über die für 2006–2007 vorgesehene Mittelkürzung im HIV/Aids-Bereich; den Mitgliedern wurde jedoch erklärt, dass man die Schätzwerte für die aus anderen Quellen im Zeitraum 2004–2005 benötigte Finanzierung gerade nach unten justiere und ein Großteil jener Mittel für (einmalige) Infrastrukturinvestitionen gebraucht worden sei.

57. Die Frage der auf freiwillige Beiträge zur Deckung von „Kosten der Programmunterstützung“ erhobenen 13% wurde angeschnitten. Darauf wurde erwidert, dass der Generaldirektor beschlossen habe, diesen Kostenbeitrag für Tätigkeiten, die der Ausrottung der Poliomyelitis gewidmet seien, auf 5% zu senken, eine gewisse Flexibilität sei also möglich. Die zu Beginn eines jeden Haushaltszeitraums für Verwaltungskosten frei gegebenen Mittel erleichterten dem Regionalbüro die Lösung seines Cash-Flow-Problems und ermöglichten es, einige Mitarbeiterkosten durch freiwillige Beiträge zu decken.

58. Der SCRC schlug vor, die Organisation möge ihre Länderpräsenz mit der Praxis anderer Organisationen des Systems der Vereinten Nationen vergleichen, um zu sehen, ob man durch ein Zusammengehen mit anderen Betriebskosten einsparen könne.

59. Das Hauptproblem sei es jedoch zugegebenermaßen, das richtige Gleichgewicht zwischen dem ordentlichen Haushalt und den Mitteln aus anderen Quellen zu finden und der Europäischen Region ein angemessenes Niveau an freiwilligen Beiträgen zu sichern. Der SCRC begrüßte die vom Sekretariat zur Ausarbeitung eines „Ergänzungshaushalts“ unternommenen Schritte in Form einer genauen Auflistung des in dieser Kategorie bestehenden Finanzierungsbedarfs. Da die Organisation keine für alle ihre Teile verbindliche schriftliche Politik zur Beschaffung von freiwilligen Beiträgen habe, vereinbarten die SCRC-Mitglieder, auch weiterhin für die Annahme eines konkreten Mechanismus einzutreten, der als Ausgleich für den im vergangenen Jahr getroffenen Beschluss dienen könne, die Umsetzung der Bestimmungen von Resolution WHA51.31 (über die ordentliche Mittelzuweisung an die Regionen) nicht weiterzuführen (siehe auch Absatz 68–70 hierunter).

60. Auf seiner vierten Tagung begrüßte der SCRC die Verbesserung der Transparenz und Rechenschaftslegung in dem expliziten Zusatzhaushalt für 2004–2005, der den Bedarf des Regionalbüros an freiwilligen Beiträgen auf 116 Millionen US\$ bezifferte.

Maßnahmen des Regionalkomitees

**Prüfung des Papiers zum Programmhaushaltsvorschlag für 2006–2007 (EUR/RC54/11, EUR/RC54/Inf.Doc./4) und seine regionale Perspektive (EUR/RC54/11 Add.1).
Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC54/Conf.Doc./6)**

Elfte Allgemeines Arbeitsprogramm

61. Die Leitende Beraterin für Programm-Management und -umsetzung informierte den SCRC auf seiner zweiten Tagung darüber, dass das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm (GPW11) der Organisation sich stark vom zehnten unterscheiden werde. Es werde einen Zeitraum von zehn Jahren abdecken (2006–2015), wobei dreijährliche Überarbeitungen vorgesehen seien. Es werde sowohl der Organisation als auch den Mitgliedstaaten strategische Richtungen vorgeben. Das Programm werde (wie das 9. GPW) Ziele enthalten und die Millenniums-Entwicklungsziele und die Prinzipien der primären Gesundheitsversorgung und der Gesundheit für alle berücksichtigen.

62. Bei seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass ein vollständiger Entwurf des GPW11 noch nicht vorliege, dass Verfahren und Inhalt aber erarbeitet würden. Ein vollständiger Entwurf würde vom RC55 im September 2005 vor der Vorlage des endgültigen Entwurfs beim Exekutivrat und der Weltgesundheitsversammlung in 2006 geprüft. Umfang und Zeitablauf möglicher regionaler Konsultationen seien noch nicht entschieden.

63. In einer sich wandelnden Welt lege das GPW11 das Schwergewicht auf Gesundheit als solche und verorte sie in der breiteren Entwicklungsagenda. Besonderen Wert lege man auf moralische Werte wie Solidarität und Ethik und auf die Notwendigkeit einer guten politischen Führungspraxis im Gesundheitssektor. Das GPW11 werde unterschiedliche Wege zu gesundheitlichen Zielen weisen, unterschiedliche Szenarien vorstellen und untersuchen, welche Rolle die WHO und die Mitgliedstaaten in jedem davon übernehmen könnten. Man werde die wichtigsten Herausforderungen aufzeigen, zu denen der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten, die Berücksichtigung der Bedürfnisse armer und schwacher Bevölkerungsgruppen, die Ausweitung des Potenzials von Gesundheitssystemen und die Ausnutzung von bestehendem und neuem Wissen gehörten. Die Rolle der WHO werde es sein, bei diesen Bemühungen globale Führungskompetenz zu beweisen, den Ländern zu dienen, die Entwicklungspolitik zu beeinflussen, enge Beziehungen zu den Regierungen zu fördern und klare Prioritäten zu setzen.

Partnerschaften für Gesundheit

64. Bei der vorläufigen Prüfung der Ergebnisse des RC53 stellte der SCRC auf seiner ersten Tagung fest, dass die Tagung durch eine stärkere Beteiligung der Partnerorganisationen der WHO und der Mitgliedstaaten gekennzeichnet gewesen sei. Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und ihr Interesse haben jedoch die Einhaltung des Tagungsprogramms erschwert.

65. Abweichend von der früheren Praxis sei beim RC53 den Vertretern von Partnerorganisationen zu jedem Tagungsordnungspunkt das Wort erteilt worden. Dadurch habe weniger Zeit für die Beiträge der Vertreter der Mitgliedstaaten und insbesondere der nichtstaatlichen Organisationen zur Verfügung gestanden. Der SCRC regte an, das neue Verfahren zu überprüfen.

66. Auf der dritten Tagung des SCRC erläuterte der Regionalbeauftragte für Externe Zusammenarbeit und Partnerschaften, wie er dem RC54 die wichtigsten Partnerschaften des Regionalbüros im Gesundheitsbereich vorzustellen gedenke. Dazu zählten ordnungsgemäß Beiträge eines oder zweier strategischer

Partner aus zwei Fachgebieten (nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt und Gesundheit) und der Bericht des Regionaldirektors zu diesem Punkt. In einem kurzen Papier werde man zudem das Partnerschaftskonzept des Regionalbüros erläutern, erfolgreiche Beispiele (vor allem aus den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt und Gesundheit) anführen und ausgehend von den neuen globalen Leitlinien die Beziehungen zu NGOs erörtern.

67. Der Exekutivpräsident des RC53 hob hervor, dass man die Beiträge interessanter und nützlicher machen würde, wenn man sich damit möglichst eng an das zur Diskussion anstehende Thema anlehne.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers zu Partnerschaften für Gesundheit (EUR/RC53/Inf.Doc./3)

Verfahrensfragen

Weltgesundheitsversammlung

Umsetzung von Resolution WHA51.31

68. Der Regionaldirektor informierte den SCRC auf seiner Tagung im November 2003 darüber, dass andere WHO-Regionalkomitees Resolutionen verabschiedet hätten, die eine Unterbrechung der Umsetzung von Resolution WHA51.31 über die ordentlichen Haushaltszuweisungen an die Regionen verlangten. Viele Länder im Osten der Europäischen Region befänden sich jedoch in einer Phase des Übergangs und benötigten deshalb in der unmittelbaren Zukunft weitere und zusätzliche Unterstützung. Das Regionalbüro habe seine gesamten Haushaltserfordernisse quantifiziert und in ein Format gebracht, das potentiellen Geldgebern vorgelegt werden könne, und erwarte für die Zukunft die Entwicklung eines transparenten Regionalkonzepts für Mittelbeschaffung und -einsatz.

69. Der SCRC empfahl dementsprechend, dass die Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region sich auf der Ratstagung im Januar 2004 gegen die Unterbrechung der Umsetzung der Resolution einsetzen sollten, jedoch für eine genaue Evaluierung des benutzten Modells durch den Generaldirektor auf der 57. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2004, wie dies in Absatz Vier der Resolution vorgesehen sei. Gleichzeitig solle den Exekutivratsmitgliedern aus der Europäischen Region ein Papier an die Hand gegeben werden, in dem die Argumente dargelegt und eine neue Formel bzw. ein neues Verfahren für eine gerechte Verteilung der gesamten Mittel der Organisation unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Länder angeregt würden. Dieses Verfahren sollte Transparenz bei der Zuweisung freiwilliger Beiträge mit einschließen.

70. Bei seiner vierten Tagung bekräftigte der SCRC die vom RC53 zum Ausdruck gebrachte Ansicht bezüglich der Notwendigkeit einer gründlichen Evaluierung der Umsetzung von Resolution WHA51.31. Weiterhin empfahl der SCRC, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region darauf hinzuweisen, dass die Delegierten der 57. Weltgesundheitsversammlung beschließen könnten, die Umsetzung der Resolution auszusetzen. Wenn sich dies bewahrheiten sollte, wären die Mitgliedstaaten der Europäischen Region wohlberaten eine aktive Rolle bei dem Entwurf von Alternativvorschlägen zu übernehmen.

Vorschläge der Region für Wahlämter der Weltgesundheitsversammlung

71. Auf der Tagung des SCRC im November 2003 äußerte der Stellvertreter eines Exekutivratsmitglieds aus der Europäischen Region die Überzeugung, dass weder Resolution EUR/RC53/R1 noch Resolution EUR/RC53/R6 ausdrücklich die Frage einer Anwendung der „Semi-Permanenz“ für Wahlämter in Ausschüssen der Weltgesundheitsversammlung behandelten. Der Exekutivpräsident des RC53 meinte jedoch, dass das Regionalkomitee mit Resolution EUR/RC53/R6 den gesamten Bericht des Zehnten SCRC angenommen habe, einschließlich der Empfehlung seines Unterausschusses, die „Semi-Permanenz“ nicht auf diese Nominierungen anzuwenden.

72. Auf der gleichen Tagung legte der Regionaldirektor dem SCRC eine Kandidatenliste für die Wahlämter der 57. Weltgesundheitsversammlung vor, die Rotation, Geografie und Geschlechterzusammensetzung ausgewogen berücksichtige. Der SCRC unterstützte die Vorschläge für den Vizepräsidenten der Weltgesundheitsversammlung, den Stellvertretenden Vorsitzenden des Ausschusses A, den Berichterstatter von Ausschuss B und die Mitglieder des Beglaubigungsausschusses. Er bat jedoch das Sekretariat, den Rechtsbeistand der Organisation zur Klärung der Frage zurate zu ziehen, ob die Resolutionen EUR/RC53/R1 und EUR/RC53/R6 sich auf die Wahlämter der Weltgesundheitsversammlung beziehen. Er erwartete ein entsprechendes Papier auf seiner Tagung im April 2004 zu erhalten, damit er eine endgültige Empfehlung für den Allgemeinen Ausschuss und den Ausschuss für Nominierungen machen könne.

73. Nach Erhalt der Auffassung des Rechtsberaters, der zufolge sich die Praxis der „semipermanenten Mitgliedschaft“ auf keine rechtlich bindende Verpflichtung oder einen Rechtsanspruch gründe, war sich der SCRC einig, dass es ihm frei stehe, einen nach seiner Auffassung richtigen Beschluss zu fassen. Folglich schlug er Frankreich, die Russische Föderation und das Vereinigte Königreich für die Mitgliedschaft im Allgemeinen Ausschuss und im Nominierungsausschuss der Weltgesundheitsversammlung vor, wolle aber zugleich deutlich machen, dass diese Länder nach individuellen Kriterien und nicht in ihrer Eigenschaft als ständige Mitglieder des Sicherheitsrats der Vereinten Nationen ausgewählt worden seien. In künftigen Jahren könnten deshalb durchaus andere Länder für diese Ausschüsse ausgewählt werden.

Ratifizierung der Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO

74. Der SCRC vereinbarte auf seiner zweiten Tagung, dass der Vorsitzende die Gesundheitsminister derjenigen Mitgliedstaaten der Europäischen Region anschreiben solle, die die Änderungen zu Artikel 24 und 25 der Satzung der WHO noch nicht ratifiziert hätten, um sie dazu zu drängen, dies zu tun. Außerdem empfahl der SCRC, die WHO-Länderbüros bei diesem Thema als Kommunikationskanal zu nutzen.

Exekutivrat

75. Der SCRC wollte die Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region auf die Probleme hinweisen, die die Zahlung von Beitragsrückständen zum ordentlichen Haushalt einigen der neuen unabhängigen Staaten bereitete. Angesichts der Tatsache, dass diesen Ländern bei Auflösung der früheren Sowjetunion Rückstände übertragen wurden und dass sie ihre jetzigen Beiträge zahlten, seien eine Schuldabreibung oder aber besondere Rückzahlungskonditionen wünschenswert, die ihnen ihre Stimmrechte wiedergäben.

76. Dementsprechend vereinbarte der SCRC die folgenden Dokumente zur Vorbereitung des Treffens mit dem SCRC-Vorsitzenden im Januar 2004 an die Exekutivratsmitglieder aus der Europäischen Region zu schicken:

- den Bericht von der zweiten Tagung des 11. SCRC,
- das Papier zu den Regelungen gemäß Resolution WHA51.31,
- das Papier zu Beitragsrückständen von Mitgliedstaaten der Europäischen Region.

77. Auf der dritten Tagung des SCRC berichtete der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen über Angelegenheiten, die sich aus der 113. Tagung des Exekutivrats ergeben.

78. Der Stellvertreter eines Exekutivratsmitglieds umriss die wichtigsten vom Exekutivrat erörterten Fragen. Der Regionaldirektor teilte dem SCRC mit, dass das Regionalbüro zwei Punkten hohe Priorität beimesse: Ernährung und Bewegung sowie die Qualität der Gesundheitssysteme und ihre Fähigkeit, auf gesundheitliche Gefährdungen zu reagieren. Man wolle globale Initiativen unterstützen, dabei aber zugleich auch die konkreten Bedürfnisse der Region aufgreifen.

79. Der Exekutivpräsident des RC53 fragte, ob man inzwischen das Problem der Mitgliedstaaten gelöst habe, die aufgrund ihrer rückständigen Beitragszahlungen bei der Weltgesundheitsversammlung ihr Stimmrecht verloren hätten; es handele sich um insgesamt 25 Länder, davon sieben in der Europäischen Region. Die Ausgangslage der 25 sei ganz unterschiedlich, die meisten seien jedoch durch auf politische Veränderungen zurückzuführende Schulden belastet und die epidemiologische Situation sei in diesen Ländern der Europäischen Region vergleichsweise kritisch. Der SCRC war sich darin einig, dass möglichst schnell eine Lösung gefunden werden müsse, bevor aus dem akuten ein chronisches Problem werde.

80. Auf seiner vierten Tagung nahm der SCRC erneut zur Kenntnis, dass es sich bei der unmittelbar im Anschluss an die Weltgesundheitsversammlung abgehaltenen Tagung des Exekutivrats jetzt um eine vier-tägige Geschäftstagung handele, auf der inhaltliche Fragen erörtert würden, und bekräftigte, dass es nützlich wäre, wenn die Mitgliedstaaten der Europäischen Region im Voraus (auf der Sitzung unmittelbar nach der Tagung des SCRC) zu erkennen geben würden, welche Fragen sie bei dieser Gelegenheit aufzubringen gedächten.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers zu den Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben (EUR/RC54/7)

Regionalkomitee für Europa

Ort und Zeitpunkt der Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2004 und 2005

81. Der Regionaldirektor informierte den SCRC auf seiner Tagung im November 2003 darüber, dass bislang nur Rumänien seine Einladung als Gastgeber des Regionalkomitees im Jahr 2005 bestätigt habe.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Resolutionsentwurfs über Ort und Zeitpunkt der künftigen Tagungen des Regionalkomitees (EUR/RC54/Conf.Doc./8)

Prüfung der vorläufigen Tagesordnung der 54. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa

82. Der SCRC prüfte auf seiner Tagung im November 2003 eine Reihe für die Tagesordnung des RC54 vorgeschlagenen Themen. Bei der dritten Tagung skizzierte der Regionaldirektor die Entwürfe für vorläufige Tagesordnung und Programm des RC54. Der SCRC begrüßte den neuen Tagesordnungspunkt, unter dem über die weitere Arbeit an auf früheren RC-Tagungen erörterten Themen berichtet werden soll, und schlug vor, dafür zwei Stunden anzusetzen.

83. Bei seiner vierten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass unter dem neuen Punkt folgende Themen aufgegriffen würden: a) der Europäische Gesundheitsbericht, b) die Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA), c) die Länderstrategie des Regionalbüros, d) Tuberkulose und e) psychische Gesundheit; zu diesen Themen werde in einem RC-Arbeitspapier berichtet. Der SCRC stimmte dem Vorschlag zu, die mündliche Präsentation beim RC54 auf drei Hauptthemen zu beschränken, nämlich auf a), b) und c).

84. Er meinte auch, der Zweijahresbericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region könne sich an den verschiedenen Prozessen ausrichten, die das Regionalbüro durchlaufe (z. B. Länderarbeit, Partnerschaften, Erhaltung der Fachkompetenz), statt sich nach einzelnen Programmaktivitäten zu gliedern, wie das bisher der Fall gewesen sei.

85. Abschließend empfahl der SCRC, die Fachdiskussion beim RC54 dem Thema „Reaktion des Gesundheitswesens auf gesundheitliche Krisen“ zu widmen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung der vorläufigen Tagesordnung (EUR/RC54/2 Rev.1) und des vorläufigen Pro- gramms (EUR/RC54/3) von RC54

Prüfung der Resolutionsentwürfe zur Vorlage auf der 54. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa

86. Der SCRC prüfte die Resolutionsentwürfe zur Vorlage auf dem RC54 und machte einige Anmerkungen, die in den endgültigen Entwürfen berücksichtigt werden sollten.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

87. Auf der Tagung des SCRC im November 2003 erinnerte der Exekutivpräsident des RC53 und Vorsitzende des Unterausschusses des Zehnten SCRC zur Mitgliedschaft im Exekutivrat daran, dass das Regionalkomitee Resolution EUR/RC53/R1 einmütig verabschiedet habe, merkte jedoch an, dass sich bei der erstmaligen Umsetzung der Resolution einige praktische Fragen ergeben könnten.

88. Der SCRC empfahl deswegen, dem üblichen Schreiben des Regionaldirektors an die Mitgliedstaaten, in dem dieser um Nominierungen für die Mitgliedschaft in Exekutivrat und anderen Komitees bittet, im Jahr 2004 den ausführlichen Bericht des Unterausschusses des Zehnten SCRC mit allen Unterlagen (wie in Anhang 2 des Berichts des Zehnten Unterausschusses des SCRC – Dokument EUR/RC53/4) und sonstige wichtige Hintergrunddokumentation beizufügen. Der SCRC bestätigte auch, dass er (und nicht der Regionaldirektor) anschließend dafür verantwortlich sei, soweit erforderlich, Treffen von Ländergruppen anzuregen, auf denen Einigkeit über die zu nominierenden Kandidaten erzielt werden könne.

89. Der SCRC leitete auf seiner dritten Tagung die Erörterung der für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, im SCRC und im Gemeinsamen Koordinationsbeirat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten eingegangenen Kandidatenvorschläge ein.

90. Der Exekutivpräsident des RC53 wies darauf hin, dass das Regionalkomitee im vorigen Jahr die Resolution EUR/RC53/R1 verabschiedet habe, wonach die Auswahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO, die Kandidaten für den Exekutivrat nominieren sollten, nach geografischen Gruppierungen erfolgen sollte. Das Sekretariat wurde dementsprechend gebeten, eine Liste aller eingegangenen Kandidatenvorschläge gemäß der geografischen Gruppierungen zu erstellen.

91. Auf seiner vierten Tagung nahm der SCRC eine erste Durchsicht der Kandidatenliste vor, um so dem Vorsitzenden bei seinen während der kommenden Weltgesundheitsversammlung vorgesehenen Gesprächen mit Delegationen der Mitgliedstaaten beizustehen. Ein Mitglied schlug vor, bei ansonsten gleichen Voraussetzungen in den Vorschlägen, die der SCRC dem RC54 unterbreiten würde, die Geschlechterverteilung zu berücksichtigen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers zu den Wahlen zu ver- schiedenen Ausschüssen (EUR/RC54/5 and EUR/RC54/5 Add.1)

Sonstige Angelegenheiten

Ansprache einer Vertreterin der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa

92. Auf der dritten Tagung des SCRC sprach die Präsidentin der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa im Namen von über 600 auf mehr als 30 Länder verteilten Mitarbeitern und erklärte, dass man bei der Lösung einer Reihe von Problemen, die in den Ansprachen der vorhergehenden Jahre angesprochen worden seien, Fortschritte mache. Ein von allen WHO-Personalvereinigungen

erarbeitetes gemeinsames Papier zum Thema des partnerschaftlichen Arbeitens sei bei der Tagung des Globalen Mitarbeiter-Management-Rates positiv aufgenommen worden und man habe sich auf Leitprinzipien für die Mitarbeiter-Management-Beziehungen geeinigt. Der Rat habe sich auch mit anderen Fragen befasst (und dem Generaldirektor dazu Empfehlungen übermittelt), u. a. mit Möglichkeiten der Laufbahnenentwicklung, mit Auszeichnungen und Anerkennungen. Inzwischen befasse man sich ernsthaft mit der Lösung mehrerer Probleme, die im Rahmen einer Mitarbeiteruntersuchung am Regionalbüro im vergangenen Jahr aufgezeigt worden seien.

93. Im Hinblick auf die Vertragsreform schneide das Regionalbüro allerdings weniger gut ab, über 60% der Mitarbeiter seien immer noch mit Kurzzeitverträgen angestellt. Man müsse immer noch aktiv dafür sorgen, die Zahl der Langzeitmitarbeiter mit Kurzzeitverträgen zu reduzieren und zu verhindern, dass Mitarbeiter für Kernfunktionen mit dafür nicht geeigneten Verträgen eingestellt würden. Das System für Leistungsmanagement und Mitarbeiterentwicklung (Performance Management Development System (PMDS)) sei im Büro enthusiastisch aufgegriffen worden, bei seiner Umsetzung bleibe jedoch noch viel zu tun und die Mitarbeitervereinigung sehe der lange erwarteten Evaluierung des Systems entgegen.

94. Eines der aktuellen Ziele der Mitarbeitervereinigung sei es, eine verstärkte Unterstützung für die ausgegliederten Büros und die vor Ort in den Ländern tätigen Mitarbeiter zu erreichen. Zu örtlichen Bedingungen angestellte Mitarbeiter sollten in den entsprechenden Gehalts- und Ortszulagenerhebungen angemessen vertreten sein, im Kopenhagener Regionalbüro vorgenommene Strukturverbesserungen sollten auch andernorts eingeführt werden und an allen WHO-Standorten sollten Sicherheitsfragen wirklich hohe Priorität haben. Insgesamt freue sich die Personalvereinigung jedoch mitteilen zu können, dass die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter im Laufe des letzten Jahres in vieler Hinsicht verbessert worden seien.

95. Die SCRC-Mitglieder teilten die Sorge der Personalvereinigung hinsichtlich der überhöhten Zahl von Kurzzeitverträgen und zeigten sich interessiert am Sachstand einer Evaluierung des PMDS. In seiner Antwort erklärte der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen, dass man in den letzten zwölf Monaten 60 neue Stellen eingerichtet habe; zugleich wies er darauf hin, dass nicht alle Mitarbeiter mit Kurzzeitverträgen letztlich in unbefristete Verträge überführt werden sollten. Man hoffe, die Vertragsreform bis zum Sommer 2004 abschließen zu können. Das WHO-Hauptbüro arbeite zurzeit an einer aktualisierten Fassung des PMDS.

96. Der Regionaldirektor meinte, eine Schwäche des PMDS sei es, dass damit keine echten Anreize geschaffen und Engagement und Professionalismus nicht anerkannt würden. Er bat die Mitgliedstaaten eindringlich, mit zusätzlichen freiwilligen Beiträgen zur Lösung des Problems der überhöhten Zahl von Kurzzeitverträgen beizutragen und diese Beiträge rechtzeitig frei zu geben.

Anhang 1

Zusammensetzung des Elften SCRC 2003–2004

Mitglieder, Stellvertreter und Berater

Armenien

Professor Ara Babloyan
Leiter, Medizinisches Gemeinschaftszentrum „Arabkir“
Institut für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Österreich

MedR. Dr. Hubert Hrabcik
Sektionsleiter Gesundheitswesen
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Beraterin

Dr. Verena Gregorich-Schega
Leiterin, Abteilung Internationale Koordination Gesundheitspolitik und WHO
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Belgien

Dr. Godfried Thiers¹
Leiter, Public-Health-Forschungsinstitut Louis Pasteur

Kroatien

Professor Marija Strnad
Stellvertretende Leiterin, Kroatisches Public-Health-Institut

Dänemark

Dr. Jens Kristian Gøtrik
Leitender Medizinalbeamter und Generaldirektor, Dänisches Gesundheitsamt

Berater

Mogens Jørgensen
Leiter, Abteilung für internationale Angelegenheiten, Narkotika und übertragbare Krankheiten
Ministerium des Inneren und der Gesundheit

Marianne Kristensen
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Griechenland

Professor Jenny Kourea-Kremastinou
Dekanin, Staatliche Public-Health-Schule

Lettland

Dr. Viktors Jaksons
Aufsichtsratsvorsitzender, Universitätskinderklinik

¹ Stellvertretender Vorsitzender des 11. SCRC

Slowenien

Dr. Božidar Voljč²
Leiter, Slowenisches Bluttransfusionszentrum

Usbekistan

Professor Feruz Nazirov
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Dr. Abdunumon Siddikov
Leiter, Abteilung für auswärtige Wirtschaftsbeziehungen
Gesundheitsministerium

Beobachter

Dr. Jarkko Eskola³
Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit
Finnland

Antony Kingham⁴
Leiter, Internationales Public-Health-Team
Gesundheitsministerium
Vereinigtes Königreich

² Vorsitzender des 11. SCRC

³ Als Exekutivpräsident der 53. Tagung des Regionalkomitees

⁴ Als stellvertretendes Mitglied des Exekutivrats für die Europäische Region