



EUROPA

**Elfter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees für Europa
Dritte Tagung**

Kopenhagen, 31. März – 2. April 2004

EUR/RC53/SC(3)/REP
26. April 2004
41104
ORIGINAL: ENGLISCH

Bericht über die dritte Tagung

Einleitung

1. Der Elfte Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) hielt seine dritte Tagung vom 31. März bis 2. April 2004 im WHO-Regionalbüro für Europa (EURO) in Kopenhagen, Dänemark, ab.
2. Der Regionaldirektor hob einleitend bestimmte Aspekte der seit der zweiten Tagung des SCRC vom Regionalbüro geleisteten Arbeit hervor. Der Zusammenhalt innerhalb der Organisation sei durch den Besuch des Leitenden Managementteams des Regionalbüros im Hauptbüro der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO) sowie durch den Besuch fast aller beigeordneten Generaldirektoren des WHO-Hauptbüros im Regionalbüro gestärkt und auch ausgeweitet worden. Enge Beziehungen unterhalte man auch zu externen Partnern wie der Europäischen Union (EU), so wie sich inzwischen auch nützliche neue Möglichkeiten für die Anknüpfung ergänzender Zusammenarbeitsformen eröffneten. Im Zusammenhang mit der operativen Planung für den Haushaltszeitraum 2004–2005 werde in einem „Ergänzungshaushalt“ der im Regionalbüro bestehende Bedarf an freiwilligen Beiträgen dargelegt und dem SCRC mitgeteilt werden. Die Arbeit an der Erneuerung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA) schreite gut voran. Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) sei inzwischen von neun Ländern ratifiziert worden, darunter von zwei Mitgliedstaaten der Europäischen Region: Malta und Norwegen.
3. Der SCRC nahm die vorläufige Tagesordnung und das Programm für seine dritte Tagung mit einer kleinen zeitlichen Änderung an.
4. Der SCRC nahm den Bericht über seine zweite, am 24. und 25. November 2003 in Eriwan abgehaltene Tagung ohne Änderungen an.

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

5. Der Regionaldirektor erläuterte den Entwurf der vorläufigen Tagesordnung und des vorläufigen Programms der 54. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC54), den das Sekretariat nach den vom SCRC auf dessen zweiter Tagung abgegebenen Kommentaren ausgearbeitet hatte.
6. 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. Man sollte den Punkt nicht weiter untergliedern, sich in der Präsentation jedoch auf die GFA-Aktualisierung und den Ausbau von Partnerschaften konzentrieren, dabei aber auch zusammenfassend darüber berichten, was hinsichtlich der Resolutionen zum Thema Tuberkulose, Länderstrategie des Regionalbüros, psychische Gesundheit und Europäischer Gesundheitsbericht unternommen worden sei.
7. Der SCRC vereinbarte, den Exekutivpräsidenten des RC53 die Kommentare des SCRC zur europäischen Strategie für geografisch verteilte Büros (GDOs) vortragen zu lassen, während die Mitglieder aus Dänemark, Lettland und Österreich die Ansichten des SCRC zur Strategie für nichtübertragbare Krankheiten, den Programmhaushaltsentwurf 2006–2007 und die Anschlussmaßnahmen zur Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit erläutern würden.

Angelegenheiten, die sich aus der 113. Tagung des Exekutivrats ergeben

8. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen legte dem SCRC zur Billigung den Vorschlag dafür vor, wie dem Regionalkomitee die für die Europäische Region der WHO besonders interessanten Resolutionen des Exekutivrats zu präsentieren wären. Er wies darauf hin, dass der Generaldirektor vorschlage, die langsamere Ressourcenüberführung in die Europäische Region zu korrigieren, was er durch seinen Plan sicherstellen wolle, der letztlich 75% der WHO-Ressourcen für die Länder und

Regionen vorsehe. Die Frage sei nur, wann dies geschehen werde, das erste Quartal des Jahres 2004 sei ja schon vorbei. Der SCRC akzeptierte die vorgeschlagene Präsentationsform.

9. 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, nämlich: Ernährung und Bewegung sowie Qualität von Gesundheitssystemen und ihre Fähigkeit, auf gesundheitliche Gefährdungen zu reagieren. Man wolle globale Initiativen unterstützen, dabei aber zugleich auch die konkreten Bedürfnisse der Region aufgreifen.

10. 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 acht 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 kritischer.

11. Der SCRC war sich darin einig, dass unbedingt möglichst schnell eine Lösung gefunden werden müsse, bevor aus dem akuten ein chronisches Problem werde, vor allem da viele dieser Länder jetzt ihren laufenden Beitrag zahlten. Der SCRC erklärte sich bereit, dieses Problem aktiv anzugehen, und ersuchte das Sekretariat einstimmig, auf der nächsten Tagung mehrere mögliche Vorgehensweisen zur Erwägung vorzulegen.

Partnerschaften für Gesundheit

12. Der Regionalbeauftragte für Externe Zusammenarbeit und Partnerschaften erläuterte, wie er dem RC54 die wichtigsten Partnerschaften des Regionalbüros im Gesundheitsbereich vorzustellen gedenke. Gedacht sei an Beiträge von einem oder zwei Schlüsselpartnern in zwei unterschiedlichen Fachbereichen (nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt und Gesundheit), und zwar unter dem Punkt Bericht des Regionaldirektors nach den Antworten der Mitgliedstaaten und vor den Stellungnahmen der nichtstaatlichen Organisationen (NGOs). 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.

13. Der SCRC erkannte die Wichtigkeit des Themas und schlug vor, da man nicht alle Partner an der Aussprache teilnehmen lassen könne, die zur Teilnahme ausgesuchten Partner nicht als „Schlüsselpartner“ zu bezeichnen. Der Exekutivpräsident des RC53 meinte, dass man die Beiträge interessanter und nützlicher machen würde, wenn man sich damit möglichst eng an das zur Diskussion anstehende Thema anlehne. Der SCRC akzeptierte die vorgeschlagene Präsentationsform.

Wirkung der Umsetzung der Länderstrategie des Regionalbüros (Skizze des Papiers für das RC54), darunter Fallstudie zum Prozess der Zweijährigen Kooperationsvereinbarungen

14. Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung erklärte, das schwierigste methodische Problem bei der Ausarbeitung des Papiers für das RC54 sei die Definition des Wortes „Wirkung“ („impact“) gewesen. Nach der herkömmlichen Definition beinhalte dies die Einschätzung der langfristigen Interventionsergebnisse und der *Weltgesundheitsbericht 2000* habe sich auf drei übergeordnete Ziele konzentriert: gute Gesundheit, Aufgeschlossenheit gegenüber den Erwartungen der Bevölkerung und Beitragsgerechtigkeit. Ein ähnliches Vorgehen würde im konkreten Fall bedeuten, dass man die im Hinblick auf die einzelnen Ziele gemachten Fortschritte zumindest anhand von zwei Querschnittsmessungen (d. h. vor und nach den EURO-Interventionen) messen müsste, was erhebliche praktische Schwierigkeiten mit sich

bringen würde. Andererseits sei es vielleicht möglich zu untersuchen, ob sich die Zugänglichkeit von Diensten als direkte Folge der Länderstrategie des Regionalbüros verbessert habe, wobei man sich allerdings auch hier Messproblemen gegenüber sehe.

15. Deshalb sei man so vorgegangen, dass man prozessuale Verbesserungen als Ersatzmessgröße genommen und damit die Wirkung von WHO-Aktivitäten auf Parameter wie Bedarfsermittlung, Entscheidungsfindung und Wissensgrundlage in den Mitgliedstaaten bestimmt habe. 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 zweijährige Kooperationsvereinbarungen (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.

16. Der SCRC begrüßte den Entwurf vorbehaltlos. 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. Der einleitende methodische Abschnitt sollte in der beim RC54 vorgelegten Form beibehalten werden, 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.

17. 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.

18. 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.

19. Die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung schloss diesen Tagesordnungspunkt 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.

20. Die WHO sei zurzeit durchaus in der Lage, mit einem resultatorientierten 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 derjenigen der Organisation.

Ansprache einer Vertreterin der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa

21. Die Präsidentin der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa sprach im Namen von über 600, auf mehr als 30 Länder verteilten Mitarbeitern zum SCRC 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 Laufbahnentwicklung, 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.

22. Im Hinblick auf die Vertragsreform schneide das Regionalbüro allerdings weniger gut ab, über 60% der Mitarbeiter seien immer noch mit Kurzzeitverträgen angestellt. Man müsse jedoch 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.

23. 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.

24. 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 zur Zeit an einer aktualisierten Fassung des PMDS.

25. 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.

Vorbereitung des Programmhautsentswurfs für den Zeitraum 2006–2007 und des 11. Allgemeinen Arbeitsprogramms – Sachstand

26. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen erläuterte die wichtigsten Aspekte des Programmhautsentswurfs 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.

27. Die Ausarbeitung des Programmhaushaltsentwurfs für 2006–2007 erfolge in ähnlichen Schritten wie in früheren Haushaltszeiträumen und beinhalte eine Erörterung des Entwurfs bei Regionalkomiteetagen 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.

28. 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-\$.

29. Ein nach Quellen aufgeschlüsselter Vergleich der voraussichtlichen Mittelfinanzierung 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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. Sie würden den Generaldirektor auch fragen, welche Schritte er unternommen habe, um das von ihm in seiner Ansprache beim RC53 anerkannte notwendige Budgetgleichgewicht innerhalb der Organisation herzustellen.

34. Die Leitende Beraterin für Programm-Management und -Umsetzung informierte danach den SCRC über die seit der letzten Sitzung gemachten Fortschritte bei der Ausarbeitung des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms (GPW11) der Organisation für den Zeitraum 2006–2015. Ein vollständiger Entwurf liege zwar noch nicht vor, doch man feile an Prozess und Inhalt und habe einen zweiten Entwurf vorbereitet. Ein ausführlicherer Entwurf werde dem Regionalkomitee im September 2004 unterbreitet, und ein vollständiger Entwurf werde dann von den Delegierten im September 2005 geprüft. Regionale Konsultationen würden möglicherweise im März oder Oktober 2005 stattfinden, so dass die Endfassung dem Exekutivrat und der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2006 vorgelegt werden könne.

35. 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, engere Beziehungen zu den Regierungen zu fördern und klare Prioritäten zu setzen.

36. Der SCRC erklärte, man sehe einer besser durchgearbeiteten Skizze und einer ausführlichen Darstellung des Prozesses beim RC54 entgegen, und man werde im SCRC zu der Zeit die Form regionaler Konsultationen und den entsprechenden Bedarf erörtern.

Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit, Budapest, 23.–25. Juni 2004 (Skizze des Papiers für das RC54)

37. Der Direktor der Abteilung für Fachunterstützung, Gesundheitsdeterminanten, verwies auf den Prozess, der zur Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit hingeführt habe. 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 Resultate einer umfassenden Erhebung über den umweltbedingten Gesundheitsschutz in Europa¹ überprüft und man startete einen Prozess, 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 geführt und bewirkt habe, dass das Mandat des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) verlängert worden sei.

38. Der vierten Konferenz, die unter dem Motto „Die Zukunft unseren Kindern“ steht, 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 könnte ein starkes politisches Engagement für die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit von Kindern sichern, könnte bewirken, dass neue Problemkreise wie z. B. extreme Witterungsereignisse oder Wohnen und Gesundheit aufgegriffen und neue Instrumente der Politikgestaltung angenommen würden (z. B. ein Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem). Außerdem würde damit das Mandat des EEHC erneut verlängert 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.

¹ *Concern for Europe's tomorrow: health and the environment in the WHO European Region*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995.

39. Das beim RC54 vorzulegende Dokumente 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.

40. Der SCRC würdigte die umfassende, für die Fertigstellung der Konferenzunterlagen geleistete Arbeit und die Resultate, die mit dem seit der ersten Konferenz im Jahr 1989 durchgeführten Prozess erreicht worden seien. Das österreichische Mitglied bedauerte im Namen Österreichs, des 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.

41. 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 SRRC war sich jedoch darüber im Klaren, dass einige Mitgliedstaaten diesen Weg nur zögerlich einschlagen würden, da sie gesundheitliche Aspekte gesondert behandelt sehen wollten.

42. Das vorgeschlagene neue, klare Mandat des EEHC wurde begrüßt, wobei der SCRC jedoch meinte, dass den Mitgliedstaaten zwischen der Vierten 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.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

43. In einer ersten Besprechung der für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, im SCRC und im Gemeinsamen Koordinationsbeirat für das Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten aufgestellten Kandidaten bestätigte der SCRC, dass der von Usbekistan für den Koordinationsbeirat eingereichte Kandidatenvorschlag zu spät eingetroffen sei und damit nicht zugelassen werden könne.

44. Der Exekutivpräsident des RC53 wies darauf hin, dass das Regionalkomitee im vorigen Jahr die Resolution EUR/RC53/R1 verabschiedet habe, wonach bei der Auswahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO, die Kandidaten für den Exekutivrat nominieren sollten, nach geografischen Gruppierungen verfahren werden sollte. Das Sekretariat wurde deshalb gebeten, eine nach diesen geografischen Gruppierungen geordnete Liste der eingegangenen Kandidaturen aufzustellen, die der SCRC auf seiner nächsten Tagung behandeln könne.

Europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten (Skizze des Papiers für das RC54)

45. Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, 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 habe der Regionaldirektor vorgeschlagen, eine europäische Strategie zu entwickeln. Der Weltgesundheitsversammlung würde im Mai 2004 eine globale Strategie zum Thema Ernährung, Bewegung und Gesundheit vorgelegt.

46. Die Begründung für eine europäische Strategie sei die 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.

47. 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.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

Strategie des WHO-Regionalbüros für Europa für seine geografisch verteilten Büros (Skizze des Papiers für das RC54)

52. Der Regionaldirektor teilte dem SCRC mit, dass sich die nach der letzten Tagung eingesetzte Arbeitsgruppe zweimal getroffen und ihren Erörterungen den dem Ausschuss vorliegenden Entwurf für das RC54-Dokument zugrunde gelegt habe. Das Papier beschränke sich auf die geografisch verteilten Büros (GDOs), die man als außerhalb von Kopenhagen angesiedelte, doch anderweitig völlig im Regionalbüro

integrierte Facheinheiten definierte 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.

53. 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.

54. Man halte das derzeitige Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Zentren und dem Kopenhagener Büro für akzeptabel. Man könne jedoch ein neues Zentrum 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.

55. 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.

56. Der SCRC äußerte Vorbehalte zu dem Begriff „verteilte“ und meinte zudem, der Ausdruck „WHO-Zentren“ könne den Eindruck einer hochrangigen Forschungseinrichtung erwecken, während „WHO-Referat“ wiederum nicht ausreichend prestigeträchtig klinge. Er empfahl deshalb, die GDOs, künftig als „WHO/EURO-Büros“ zu bezeichnen.

57. Der SCRC vereinbarte, folgende Änderungen zum RC54-Papier vorzunehmen:

- Dem Papier sollte eine detaillierte Übersicht über die von den einzelnen Zentren erhaltene Finanzierung beigelegt werden.
- In Abschnitt 28 sei darauf hinzuweisen, dass die Flexibilität und Effizienz erhalten bleiben müsse, und in Abschnitt 37 sei zu erwähnen, dass sich die Mitarbeiter isoliert fühlen könnten.
- Der Regionaldirektor müsse aktiv nach anderen Lösungen suchen (Abschnitt 30).
- In den abschließenden Ausführungen müsse angeführt werden, welche Grundbedingungen erfüllt sein müssten, bevor ein GDO eingerichtet werden könne.

Sonstige Angelegenheiten

Vorschläge der Region für bei der 57. Weltgesundheitsversammlung (19.–24. Mai 2004) durch Wahl zu vergebende Ämter (Allgemeiner Ausschuss und Nominierungsausschuss)

58. Nach der Aussprache während der ersten Tagung des SCRC hatte das Sekretariat die Ansicht der Rechtsabteilung der Organisation zu der Frage eingeholt, ob die Resolutionen EUR/RC53/R1 und EUR/RC53/R6 auch auf während der Weltgesundheitsversammlung durch Wahl zu besetzende Ämter anzuwenden seien. Nach Auffassung des Rechtsberaters gründe sich die Praxis der „semipermanenten

Mitgliedschaft“ auf keine rechtlich bindende Verpflichtung oder einen Rechtsanspruch, weshalb sich der SCRC einig war, dass es ihm frei stehe, einen nach seiner Auffassung richtigen Beschluss zu fassen. Folglich schlage 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.

59. Der SCRC sichtete auch die eingegangenen Kandidatenvorschläge für beim RC54 durch Wahl zu besetzende Ämter.