



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

EUR/RC55/REC/1
22. September 2005
54375
ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT ÜBER DIE
FÜNFUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG**

Schlüsselwörter

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

Inhalt

Seite

Eröffnung der Tagung	1
Wahl der Tagungsleitung	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms	1
Ansprache des Generaldirektors	1
Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz	3
Ansprache des Regionaldirektors	4
Angelegenheiten, die sich aus den Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben	6
Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	8
Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen des Regionalkomitees	9
Grundsatz- und Fachfragen	11
Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO	11
Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005	14
Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO	15
Verletzungen in der Europäischen Region der WHO: Belastungen, Herausforderungen und Grundsatzmaßnahmen	17
Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme	20
Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO 2006–2015	22
Wahlen und Nominierungen	24
Exekutivrat	24
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees	24
Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion	24
Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2006 und 2007	24
Fachsitzungen	25
Resolutionen	26
EUR/RC55/R1 Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO	26
EUR/RC55/R2 Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit	28
EUR/RC55/R3 Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2006 und 2007	30
EUR/RC55/R4 Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005	30
EUR/RC55/R5 Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	31
EUR/RC55/R6 Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	32
EUR/RC55/R7 Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO	33
EUR/RC55/R8 Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ des WHO-Regionalbüros für Europa	35
EUR/RC55/R9 Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO	36
Anhang 1 Tagesordnung	39
Anhang 2 Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente	40
Anhang 3 Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer	41
Anhang 4 Ansprache des WHO-Generaldirektors	63
Anhang 5 Ansprache des WHO-Regionaldirektors für Europa	67

Eröffnung der Tagung

Die 55. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 12. bis 15. September 2005 im JW Marriot Bucharest Grand Hotel in Bukarest, Rumänien, statt. Vertreter und Vertreterinnen aus allen 52 Mitgliedstaaten der Region nahmen daran teil. Auch anwesend waren Beobachter aus zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa und ein Beobachter aus einem Nichtmitgliedstaat sowie Vertreter der Organisation für Ernährung und Landwirtschaft der Vereinten Nationen, des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen, des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Euro-Parates, des Europäischen Zentrums für die Kontrolle und die Prävention von Krankheiten, der Europäischen Kommission und nichtstaatlicher Organisationen.

Die Tagung wurde von dem scheidenden Präsidenten Sir Liam Donaldson eröffnet. Die Anwesenden begrüßten Herrn Theodor Stolojan, Ratgeber des rumänischen Präsidenten, an dessen Stelle und den WHO-Regionaldirektor für Europa.

Wahl der Tagungsleitung

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

Herrn Eugen Nicolaescu (Rumänien)	Präsident
Dr. Godfried Thiers (Belgien)	Exekutivpräsident
Dr. Jens Kristian Gøtrik (Dänemark)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Dr. Klara Yadgarova (Usbekistan)	Berichterstatteerin

Der neue Präsident stellte fest, dass es für sein Land eine große Ehre sei, die 55. Tagung des Regionalkomitees auszurichten.

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC55/2 Rev.1 und EUR/RC55/3 Rev.1)

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

Ansprache des Generaldirektors

Der Generaldirektor informierte die Delegierten zu Beginn seiner Rede über die am 9. September 2005 mit Unterstützung mehrerer Mitgliedstaaten der Europäischen Region neu geschaffene International Financing Facility for Immunization – IFFIm [dt.: Internationale Finanzierungshilfe für Impfung]. Die Schaffung der IFFIm sei nicht nur bedeutsam, weil durch sie viel mehr Kinder durch Impfung vor Krankheiten geschützt werden könnten, sondern auch, weil sie für das vereinte Engagement zum Schutz der Gesundheit stehe. Wenn die gegenwärtigen Bedrohungen für die Gesundheit bewältigt werden sollten, sei es entscheidend, dass die Gesundheitsministerien untereinander und mit Ansprechpartnern aller Disziplinen zusammenarbeiteten.

Die Bedeutung der Vorbereitung und Reaktion auf Notlagen sei erst neulich durch Überschwemmungen in Rumänien und in anderen Teilen der Region demonstriert worden. Aus Kasachstan und der Russischen Föderation seien Ausbrüche von Vogelgrippe gemeldet worden und die WHO habe vor kurzem Leitlinien herausgegeben, die den Ländern bei der Vorbereitung auf eine Influenzapandemie helfen solle. In der momentanen Vorstufe einer Endemie sei es unbedingt erforderlich, die Möglichkeiten einer menschlichen Ansteckung zu verringern, die Frühwarnsysteme zu stärken und die besten medizinischen Vorkehrungen zu treffen. Zur Eindämmung von Ausbrüchen sei ein schneller Einsatz von Gütern und Ressourcen erforderlich und dazu gehörten ein angemessen ausgebildetes Gesundheitspersonal, Antiviralia und Grippeimpfstoffe sowie weitere Maßnahmen (wie das Ausmerzen infizierter Tierbestände). Internationale Zusammenarbeit sei nötig zur Anlegung globaler Antiviralia-Vorräte und zur Entwicklung eines

Pandemieimpfstoffs. Von den Ausbrüchen betroffene Geflügelhalter benötigten Unterstützung und Entschädigungen. Es sei daher für die Gesundheitsverantwortlichen von kritischer Bedeutung, mit anderen Sektoren zusammenzuwirken, Informationen auszutauschen und strategisch zu planen. Er bat den Europäischen Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, diese Botschaft an die Kommission zu überbringen und bei einem Treffen mit ihm gemeinsam zu erörtern, wie die Sache vorangebracht werden könne.

Der universelle Zugang zu Behandlung sei in der Krankheitsbekämpfung das Hauptziel der WHO, wie das Beispiel der „3 bis 5“-Initiative zeige. Krankheitsausbrüche in einem Land seien für alle Länder von Belang, wie auch in den Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 anerkannt worden sei. Die Europäische Region sei als frei von Polio zertifiziert worden, doch berichteten die Regionen Afrika und Östlicher Mittelmeerraum immer noch von Übertragungen und Reinfektionen. Daher sei es lebenswichtig, einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung und eine strenge Krankheitsüberwachung aufrechtzuerhalten, damit das Risiko eines Einschleppens der Krankheit minimiert werde. Solche Maßnahmen seien für alle möglichen Krankheits- und Infektionsausbrüche erforderlich und dies hänge von dem unverzüglichen Austausch von Informationen ab. Auch die Bemühungen um die Bekämpfung der Tuberkulose würden von einem derartigen Engagement profitieren in einer Zeit, in der die Belastung durch Tuberkulose in Zentralasien und Osteuropa signifikant zur globalen Krankheitslast beitrage.

Das Ausmaß von Adipositas und verwandten chronischen Leiden nehme in der Region zu, das Gleiche gelte für das problematische Rauschtrinken. Drogen- und Alkoholmissbrauch von Jugendlichen führten zu lebensbedrohlichen Aktivitäten wie Autofahren unter Alkoholeinfluss und ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Die Zahl der mit HIV lebenden Menschen habe in Osteuropa rapide zugenommen, insbesondere unter den intravenös konsumierenden Drogenabhängigen. Während Osteuropa einige der höchsten Verletzungsraten in der Welt aufweise, zählten die Raten in anderen Teilen der Region zu den niedrigsten und diese Erfolgsgeschichten ließen sich anderwärts wiederholen.

Das Regionalkomitee werde auch das 11. Allgemeine Arbeitsprogramm erörtern, welches den Standpunkt vertrete, dass Bevölkerungsgesundheit in der Zukunft einen breiteren Bezugsrahmen durch Beziehungen auch zu Personen außerhalb des traditionellen Gesundheitssektors erfordere, z. B. zu Patentrechtsexperten.

Indem er den Regierungen dankte, die bereits das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ratifiziert hätten, bat er die übrigen Mitgliedstaaten eindringlich darum, ihrem Beispiel zu folgen.

In der sich anschließenden Aussprache lobten mehrere Redner den Generaldirektor wegen dessen Aufforderung an die Mitgliedstaaten, sich auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. Unter Bezugnahme auf die jüngsten Naturkatastrophen in der Region und anderswo betonte ein Redner die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Ländern und von Investitionen vor Ort in Katastrophenschutz, Gegenmaßnahmen und Infrastrukturen. Die Verfahren, mit deren Hilfe internationale Organisationen wie die WHO Katastrophengebiete aufsuchen könnten, müssten verbessert werden. Auch müssten bei Hilfsmaßnahmen Wege der Zusammenarbeit für militärische und zivile Organisationen aufgezeigt werden.

Im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), der Beitrittsländer und der Beitrittskandidaten lobte ein Redner den Einsatz der WHO zur Sicherstellung eines Lagervorrats an Antiviralia für den Gebrauch im Falle einer Influenzapandemie. Die Vorbereitung auf den Notfall müsse fortgesetzt werden. Eine gemeinsame Tagung von EU und WHO im Oktober 2005 werde die Gelegenheit bieten, sich auf die Schlüsselbereiche zu konzentrieren, u. a. Begutachtung der nationalen Pläne, Risikobewertung, Impfstoffherstellung und Zugang zu Antiviralia. Die internationale Zusammenarbeit und der Aufbau von Kapazitäten seien entscheidend, um die notwendige Vorbereitung und das Reaktionsvermögen zu gewährleisten.

Die EU sei entschlossen, für das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele zu arbeiten. Angesichts der langsamer als erwartet erzielten Fortschritte fordere sie die WHO jedoch im Sinne der Erfolgssicherung dazu auf, alternative Herangehensweisen in Betracht zu ziehen. Die Stärkung

der Gesundheitssysteme sei ein Schlüsselement zur Reduzierung der Krankheitslast in allen Ländern. Die Arbeit der Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit liefere die dringend benötigten Erkenntnisse darüber, worauf sich die Bemühungen konzentrieren müssten, damit Verbesserungen sichergestellt würden.

Unter Bezugnahme auf das 11. Allgemeine Arbeitsprogramm merkte der Redner an, dass eine weitere Ausarbeitung der Prioritäten und Richtungen noch erforderlich sei. Die Ausbrüche des Schweren Akuten Respiratorischen Syndroms (SARS) und die Aussicht auf eine Influenzapandemie seien ein Beleg für die Notwendigkeit von Flexibilität, und im Falle der WHO, der Konzentration auf die Kernthemen ihres Auftrags. Es gebe einen beträchtlichen Raum für Synergie mit den aktuellen EU-Politiken.

Der Redner erinnerte daran, dass der Generaldirektor im Oktober 2005 den Startschuss für eine globale Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten geben werde. Viele der vom Regionalkomitee erörterten Themen seien für die Strategie höchst relevant und zeigten die Wichtigkeit dieses Tätigkeitsbereich in der Region. Im Februar 2006 werde die erste Tagung der FCTC-Konferenzparteien einberufen. Die EU-Mitgliedstaaten seien fest entschlossen, die schädlichen Wirkungen des Tabakkonsums zu bekämpfen, und sehr daran interessiert sicherzustellen, dass die Tagung einen klaren Zeitplan für die Vereinbarung von Protokollen aufstelle. Die Europäische Kommission habe auch in den Verhandlungen zum FCTC und den Internationalen Gesundheitsvorschriften eine Schlüsselrolle gespielt. Die EU-Mitgliedstaaten wollten mit der WHO zusammenarbeiten um sicherzustellen, dass die Kommission ihr Mandat für künftige Verhandlungen auf globaler Ebene wirksam erfüllen könne.

Andere Redner gratulierten dem Generaldirektor zu seinem Beitrag zur Verbesserung der Führung der Organisation, zu den positiven Ergebnissen in den wichtigsten Arbeitsgebieten sowie zur Annahme der Internationalen Gesundheitsvorschriften und der Resolution WHA58.26 zu Alkohol und Gesundheit. Ein Redner bat die WHO, ihre Bemühungen zur Bewältigung der Gesundheitsrisiken durch Alkoholkonsum zu verstärken und betonte die Notwendigkeit einer umfassenden auf dem Gesundheitssystem fußenden Herangehensweise .

In Erwiderung auf eine Frage bezüglich der Zuweisung von Haushaltsmitteln an die Region bestätigte der Generaldirektor, dass die Zuweisungen sowohl an die Regionen als auch an die Länder erhöht würden. Auf den Bericht der unabhängigen Untersuchungskommission zur Handhabung des „Öl-für-Lebensmittel“-Programms (Volker-Bericht) bezugnehmend sagte er, die Aufsichtsfunktion des WHO-Hauptbüros müsse gestärkt werden.

Ansprache des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz

Der auf Einladung des Regionaldirektors redende Europäische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz sagte, dass mit ihm erstmalig ein Europäischer Kommissar an der Tagung des Regionalkomitees teilnehme und dass dies das Bekenntnis der Europäischen Kommission zu einer engeren Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro und der WHO insgesamt deutlich zeige. Er rief die Vertreter und Vertreterinnen der Mitgliedstaaten dazu auf, mit ihm gemeinsam ihre Regierungen davon zu überzeugen, dass Gesundheitsausgaben eine unverzichtbare Wachstumsinvestition seien. Insbesondere Investitionen in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung würden auf längere Sicht Geld sparen und Menschenleben retten. Gemeinsam mit der WHO arbeite die EU an der Bewältigung von Problemen, die durch Lebensweisen ausgelöst würden – Stichwort: Tabak, Adipositas und Alkohol – sowie am Thema psychische Gesundheit. Da Gesundheitsbedrohungen wie übertragbare Krankheiten keine Grenzen kennen würden, sei die EU auch entschlossen, mit der WHO an der Vorbereitung auf eine mögliche Influenzapandemie zu arbeiten, u. a. auch an der Aufstellung nationaler Aktionspläne.

Die gewachsene Zusammenarbeit zwischen EU und WHO bringe zwei wichtige Vorteile mit sich: Sie ermögliche es ihnen, das Problem abnehmender Ressourcen zu überwinden und breitere politische

Unterstützung von allen Sektoren und Akteuren für die gemeinsame Agenda und die gemeinsamen Werte zu gewinnen. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) werde eng mit der WHO in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zusammenarbeiten, außerdem seien die neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften ein weiteres wichtiges Instrument. Hoffnungsvoll sehe er der Verwirklichung der gemeinsamen Agenda von EU und WHO entgegen, die laute: Gesundheit für alle.

Ansprache des Regionaldirektors

Der Regionaldirektor eröffnete seine Rede, indem er die drei Orientierungsrahmen für die Arbeit des Regionalbüros nannte: das vom Regionalkomitee angenommene Programm für 2004–2005, seine eigene Vision von der Entwicklung des Büros in eine moderne, noch glaubwürdigere und anpassungsfähige Organisation, und die Strategie zur Anpassung der Dienste an die Bedürfnisse der Länder, die den zentralen Auftrag des Regionalbüros ausmache.

Das Regionalbüro habe diese Strategie durch fünf Stränge verfolgt: Unterstützung der Länder bei Maßnahmen gegen Gesundheitskrisen; Beiträge zu globalen Initiativen; Durchführung zusätzlicher ausdrücklich regionaler Aktivitäten; Effektivisierung der Unterstützung durch das Regionalbüro und weitere Ausdehnung seiner Partnerschaften.

Erstens habe es bei der Koordinierung der Gegenmaßnahmen der EU anlässlich des Tsunamis in Asien Ende 2004 geholfen und Länder bei der Bewältigung von Katastrophen in der Europäischen Region unterstützt, u. a. bei Überschwemmungen, Bränden und Erdbeben. Das Regionalbüro arbeite auch mit dem WHO-Hauptbüro und anderen Regionen an einer schnellen und angemessenen Antwort auf die mögliche Influenzapandemie.

Zweitens habe das Regionalbüro mit dem Gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) und seinen Trägern dazu beigetragen, dass die Region das Ziel der „3 bis 5“-Initiative erfülle, 100 000 zusätzliche Patienten bis Ende 2005 in Behandlung zu bringen, und gegenwärtig verfolge es das Ziel eines universellen Behandlungszugangs. Es helfe auch den Ländern bei der Erstellung von Anträgen an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, bei der Absenkung von Arzneimittelpreisen und bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme. Es habe die Umsetzung des FCTC unterstützt, zu den neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften beigetragen und strategische Ziele für die Arbeit mit den Millenniums-Entwicklungszielen festgelegt.

Drittens habe das Regionalbüro in der Region eine erfolgreiche Konferenz zum Thema psychische Gesundheit veranstaltet, das Thema Umwelt und Gesundheit der Konferenz aus dem Jahr 2004 weiterverfolgt und die Gesundheitsministerien wegen der Tuberkulosesituation alarmiert. Gegenwärtig bereite man für Oktober 2005 die erste Europäische Impfwache vor und für November 2006 eine Konferenz zum Thema Adipositas. Der Regionaldirektor betonte, dass intakte, nachhaltige Gesundheitssysteme für den Erfolg auf all diesen Gebieten unverzichtbar seien.

Viertens habe das Regionalbüro aus dem Vorgehen mit den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA) Erfahrungen gesammelt, 245 Bedienstete vor Ort geschult, das Programm Zukunftsforen fortgeführt und konkrete Aktivitäten durchgeführt. Eine neue Art von Länderbüro sei in Deutschland eröffnet worden. Die zweite Phase der Programme für die acht Balkanländer im Rahmen des Stabilitätspakts für Südosteuropa sei mit neun Geberländern und vier internationalen Organisationen, darunter dem Europarat, eingeläutet worden. Der Regionaldirektor bat auch um 1 Mio. US-\$ an Unterstützung, damit man Menschen im Kosovo helfen könne, die mit Blei verseuchten Lager zu verlassen.

Fünftens habe das Regionalbüro seine Partnerschaften z. B. mit Europarat, Weltbank und Organisationen der Vereinten Nationen, namentlich mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und mit nationalen Entwicklungsagenturen, insbesondere aus Deutschland, den nordischen Ländern und dem Vereinigten Königreich ausgebaut. Es habe anlässlich seiner Konferenzen in jüngerer Zeit die Zusammenarbeit

mit der Europäischen Kommission verstärkt und sich bei der EU auf Programme der Länder konzentriert, die die Ratspräsidentschaft innehielten. Der Regionaldirektor sehe der weiteren Zusammenarbeit mit dem ECDC und anderen EU-Agenturen erwartungsvoll entgegen, u. a. im Bereich Umwelt, Lebensmittelsicherheit und Arzneimittel. Er glaube, dass eine solche Zusammenarbeit allen Ländern der Region nutze, und er plane die Zusammenarbeit mit Ländergruppen wie der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) und mit den Ländern des Stabilitätspaktes auszuweiten. Das WHO-Hauptbüro und andere Regionen seien ebenfalls wichtige Partner. Teils zur Stärkung der Partnerschaften habe der Regionaldirektor nach der Aufforderung durch das vergangene Regionalkomitee eine Arbeitsgruppe zur Zukunft des Regionalbüros eingesetzt.

In der sich anschließenden Aussprache lobten viele Redner den umfassenden und hochwertigen Bericht des Regionaldirektors und die Art, wie er das Regionalbüro führe. Einige gratulierten ihm zu seiner Wiederernennung, andere priesen das Regionalbüro für seine Arbeit zum Thema Alkohol und zu einem breiten Spektrum übertragbarer Krankheiten, das Beharren auf dem längerfristigen menschlichen und wirtschaftlichen Wert von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, die Herangehensweise der Rahmgebung (Formulierung der zentralen Prinzipien und Überlassen der Wahl der Mittel an die Länder) und die Veröffentlichungen.

Die meisten Wortmeldungen stimmten der Länderstrategie und ihren Ergebnissen für die Länder zu. Mehrere Delegierte begrüßten die Unterstützung der Arbeit ihrer Länder durch das Regionalbüro, z. B. zur Entwicklung der Gesundheitssysteme, für verbesserten Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitsversorgung, zur Bewältigung der Influenzagefahr und für die Teilnahme an der Europäischen Impfwache sowie weitere Anstrengungen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Daneben beschrieben mehrere Redner die Erfolge ihrer Länder, insbesondere das durch die Projekte im Rahmen des Stabilitätspaktes Erreichte. Dazu zählten die Schaffung eines Bündnisses für Gesundheit in den Ländern, starke Partnerschaften und eine Gesundheitspolitik und Gesetzgebung in Übereinstimmung mit Normen der EU und internationalen Maßstäben sowie die Arbeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme und zur Bekämpfung des Rauchens. Die teilnehmenden Länder bemühten sich gegenwärtig um eine Umwandlung der Projekte in längerfristige Programme. Außerdem kündigten Delegierte ein Seminar zum Thema Speiseölvergiftung und eine vom Europarat veranstaltete Konferenz zum Thema Palliativversorgung an. Schließlich wurde in Wortmeldungen der Erfolg von Impfprogrammen mit Unterstützung des Globalen Fonds beschrieben.

Ein breites Spektrum aus Vorschlägen wurde zur Weiterentwicklung der Tätigkeiten gemacht, die meisten von diesen waren auf die Länderstrategie konzentriert. Mehrere Delegierte baten das Regionalbüro eindringlich sicherzustellen, dass die Strategie den Ländern dabei helfe, ihre Gesundheitsdienste zu stärken, Kapazitäten auszubauen und die Mittel für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen sowie sich bei diesen Verbesserungen auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen. Einige forderten das Regionalbüro auf, den Mitgliedstaaten weiterhin bei der Vorbereitung auf eine Influenzawelle zu helfen, eine umfassende Strategie zu übertragbaren Krankheiten zu erarbeiten, den Kampf gegen Aids zu unterstützen und die Zusammenarbeit mit der EU, dem Europarat und weiteren Partnern zu verstärken und gleichzeitig sicherzustellen, dass der Nutzen aus solchen Partnerschaften alle Länder der Region erreiche. Ein Redner forderte dazu auf, dass mehr Veröffentlichungen des Regionalbüros in russischer Sprache erscheinen sollten, ein weiterer bat darum, ein russisches Mitglied in die Arbeitsgruppe zur Zukunft des Regionalbüros aufzunehmen.

Ein Delegierter, der für die Mitgliedstaaten der EU sowie die Beitrittsländer und -kandidaten sprach, begrüßte die Anwesenheit des Kommissars als ein Symbol für das gemeinsame Interesse von EU und WHO an der öffentlichen Gesundheitspolitik. Er unterstrich die Bedeutung der Partnerschaft zwischen EU und WHO sowie der Zusammenarbeit mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem Europarat bei den jüngsten Maßnahmen der EU in den Bereichen seltene Krankheiten, Zoonosen, psychische Gesundheit und HIV/Aids-Impfstoffe. Das Vermeiden von Überschneidungen der Bemühungen und Maßnahmen sei für die Partnerschaft von überragender Wichtigkeit. Während seiner EU-Präsidentschaft beabsichtige das Vereinigte Königreich auf diesen Bemühungen aufzubauen

und auf weitere Zusammenarbeit zu drängen, etwa bei der Sondierung möglicher Maßnahmen zu den sozial und durch die Lebensweise bedingten Determinanten von Gesundheit, bei der Verbesserung der Sicherheit von Leistungen und Produkten der Gesundheitsversorgung für die Patienten sowie bei Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie. Die Partnerschaft der Nördlichen Dimension und das ECDC leisteten wertvolle Beiträge zur Bekämpfung von Tb und HIV/Aids. Der Redner begrüßte die Arbeit der Arbeitsgruppe zur Zukunft des Regionalbüros und die für das Regionalkomitee geplante Debatte über die Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“, das Thema Alkohol und das 11. Allgemeine Arbeitsprogramm, da diese Bemühungen einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen WHO und EU zuträglich seien.

Ein Vertreter des Europarates wies darauf hin, dass aus Gründen der Effizienzverbesserung Vorschläge zur Übertragung bestimmter gesundheitspolitischer Aktivitäten eingebracht worden seien, dass aber vor November 2005 keine Entscheidung fallen werde. Zu den in jüngster Zeit durchgeführten Aktivitäten gehörten ein Seminar über gefälschte Medikamente, ein Buch über Ernährung in Schulen, das an das Projekt „Gesundheitsfördernde Schulen“ und die Konferenz zum Thema Adipositas verteilt werden soll, sowie die Erstellung eines Aktionsplans für Behinderungen. Die wertvolle Synergie zwischen dem Regionalbüro, der Europäischen Kommission und dem Europarat bleibe auch in Zukunft bestehen.

Ein Vertreter des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria erklärte, der Fonds habe der Europäischen Region bereits 700 Mio. US-\$ zugeteilt, von denen bisher 136 Mio. US-\$ ausgegeben worden seien. Die WHO sei der wichtigste Partner des Fonds bei seiner Arbeit in 18 Ländern und Territorien der Region. Es sei ratsam, die Zusammenarbeit des Fonds mit dem Regionalbüro und dem WHO-Hauptbüro zu bewerten und dabei ein besonderes Augenmerk auf Anträge der Mitgliedstaaten auf Zuschüsse sowie auf deren Verwendung zu richten.

Der Regionaldirektor bedankte sich daraufhin bei allen Mitgliedstaaten und Organisationen für ihre Unterstützung der Arbeit des Regionalbüros. Er unterstrich, dass die Gesundheitssysteme deutlich mehr umfassten als nur Gesundheitsversorgung. Er bedankte sich bei zwei Ländern für ihre Beteiligung an der Europäischen Impfwache und appellierte dringend an alle Mitgliedstaaten, diesem Beispiel zu folgen. Abschließend versprach er, nach Möglichkeit mehr Publikationen des Regionalbüros außer in Englisch auch in Französisch, Deutsch und Russisch erscheinen zu lassen.

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

(EUR/RC55/12 und RC/2005/1)

Das vom SCRC zur Teilnahme an seinen Tagungen als Beobachter eingeladene europäische Mitglied des Exekutivrats wies darauf hin, dass die 11 Beschlüsse und 34 Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung zwar allesamt von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit seien, dass aber ihre wachsende Zahl und Komplexität auch eine erhebliche Belastung für die Organisation wie auch ihre Mitgliedstaaten bedeuteten. Es müssten daher Wege gefunden werden, um sich verstärkt auf die wesentlichen Prioritäten zu konzentrieren und eine Umsetzung dieser äußerst wertvollen Instrumente zu gewährleisten.

Zwei Resolutionen stellten Meilensteine in der Geschichte der Organisation dar: erstens die Resolution zu den neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften, bei denen sich der Gesundheitsschutz endlich gegen politisch motivierte Argumente durchgesetzt habe und ein Kompromiss gefunden worden sei; und zweitens die Resolution zur Annahme des Programmhaushalts 2006–2007, die zu einer 4-prozentigen Erhöhung des ordentlichen Haushalts nach zehnjährigem Nullwachstum geführt habe, die nach Einschätzung des Delegierten eine Anerkennung für die Verbesserung von Transparenz und Management durch die Organisationen in den vergangenen Jahren darstellt.

Der Beigeordnete Generalsekretär für Allgemeines Management stellte die Leitprinzipien für die strategische Mittelzuteilung vor, die vor ihrer Fertigstellung für die Tagung des Exekutivrates im Januar 2006 den Regionalkomitees der WHO zur Konsultation vorgelegt werden sollten. Die WHO konzentriere sich

weiterhin hauptsächlich auf einen ergebnisorientierten Managementrahmen mit der Ausarbeitung eines auf sechs Jahre angelegten mittelfristigen Strategieplans mit strategischen Zielen (statt Arbeitsbereichen) und mit einer fortlaufenden Überwachung der dabei erzielten Fortschritte.

Es gebe für die Mittelzuweisung drei Perspektiven: programmatisch (was ist zu tun?), organisatorisch (wo soll dies geschehen?) und funktional (wie soll es geschehen?). Diese Perspektiven beziehen sich auf die strategische Ausrichtung der Organisation und ihre Ziele, auf die Aufgaben und Zuständigkeiten der verschiedenen Ebenen der WHO sowie auf ihre Kernfunktionen. Ein Validierungsmechanismus soll drei Komponenten berücksichtigen: eine Kernkomponente, die hauptsächlich die normativen Funktionen beinhaltet und ein inhärenter Bestandteil der Organisation ist; eine Engagement-Komponente, die Schwankungen der Zahl der unterstützten Länder berücksichtigt; und eine bedarfsabhängige Komponente, bei der die relative Gesundheit, der sozioökonomische Status und die Größe der Bevölkerung berücksichtigt werden.

In der anschließenden Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass mit steigender Präzision der Planung das mögliche Maß an Flexibilität für die Berücksichtigung unvorhergesehener Umstände zwangsläufig sinken werde. Darüber hinaus müsse es Übereinstimmung nicht nur über Bereiche geben, in denen Erhöhungen erforderlich seien, sondern auch über diejenigen, in denen Einschnitte erforderlich seien. Bei der Diskussion über die bedarfsabhängige Komponente sei es aus Gründen der Vergleichbarkeit empfehlenswert, sowohl vergangene als auch prognostizierte Zahlen zu verwenden.

Der Regionaldirektor der Region Östlicher Mittelmeerraum teilte die Auffassung der Delegierten zur Angemessenheit der Leitprinzipien, gab aber zu bedenken, dass bei deren Umsetzung Vorsicht geboten sei; die in der Vergangenheit verwendeten Indices hätten zu einigen Anomalien geführt. Er stimmte zu, dass eine verstärkte Planung zu einer Verringerung der Flexibilität führe, und wies darauf hin, dass die für Notfälle verwendeten Gelder einen beträchtlichen Umfang haben könnten und in dem geplanten Modell nicht berücksichtigt werden sollten.

Der Beigeordnete Generalsekretär für Allgemeines Management erwiderte auf Fragen zur Handhabung der Mittel und Prioritäten, es sei beschlossen worden, alle Beschlüsse der Leitungsgremien mit ihren finanziellen Auswirkungen zu verknüpfen. Haushaltstransparenz sei ein Ziel und es solle nicht vergessen werden, dass viele der von der WHO organisierten Aktivitäten tatsächlich von anderer Seite finanziert würden. Gesundheitliche Notsituationen stellten einen Sonderfall dar und seien im Haushalt nur schwer zu veranschlagen. Die Organisation investiere in die Verstärkung der Rechenschaftspflicht sowohl für zugewiesene Mittel als auch für Ergebnisse. Zur Bewältigung etwaiger unvorhergesehener Umstände wie dem Auftreten einer neuen Krankheit oder dem Vorliegen neuer Erkenntnisse müsse die Flexibilität erhalten bleiben.

Der Regionaldirektor begrüßte die Aufstockung des ordentlichen Haushalts für 2006–2007: nach einer langen Zeit, in der er aufgefordert worden sei, mit weniger Geld mehr zu erreichen, stünden nun Haushaltsmittel und damit verbundene Erwartungen wieder in einem angemessenen Verhältnis. Dennoch unterstrich er die Notwendigkeit der Transparenz hinsichtlich der zu erreichenden Ergebnisse und der dafür erforderlichen Haushaltsmittel. Er rief dazu auf, in den Haushaltsrahmen neben den ordentlichen auch außerordentliche Haushaltsmittel aufzunehmen.

Abschließend versicherte der Beigeordnete Generalsekretär für Allgemeines Management den Delegierten, die WHO arbeite an einer kontinuierlichen Haushaltsüberwachung, sowohl intern als auch zusammen mit den Mitgliedstaaten. Hier werde ein fortlaufender Dialog benötigt, doch die Arbeit habe nun begonnen.

Bei der Behandlung von Fragen, die sich aus den Ergebnissen der Weltgesundheitsversammlung ergeben, wies ein Delegierter im Namen der nordischen Länder auf die Auslassung von Resolution WHA51.17 über die internationale Migration von Gesundheitspersonal in dem Dokument hin und bat um eine nähere Erklärung in Bezug auf Resolution WHA57.27 über die Eindämmung antimikrobieller Resistenzen. Ein weiterer Redner hob die Auslassung der Resolution zum Thema Altern (EB115.R7) hervor. Angesichts

der hohen Zahl der zu verabschiedenden Resolutionen wurde vorgeschlagen, jede einzelne vor ihrer Ausarbeitung auf ihre finanziellen Auswirkungen sowie auf das zu erwartende Arbeitsaufkommen zu prüfen. Klarheit und Kürze seien Tugenden, die in Resolutionen aufrechterhalten werden müssten.

Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

(EUR/RC55/4, /4 Add.1 und /Conf.Doc./1)

Der Vorsitzende des Ständigen Ausschusses erklärte, der Zwölfte Ständige Ausschuss habe im Laufe des Jahres fünfmal getagt. Die Berichte der einzelnen Tagungen seien auf der Website des Regionalbüros abrufbar und ein konsolidierter Bericht werde jedes Jahr dem Regionalbüro vorgelegt. Dieser enthalte jeweils ausführliche Einzelheiten zur Arbeit des Ständigen Ausschusses, doch der Vorsitzende war der Ansicht, es sei möglicherweise nützlich, die Ergebnisse dieser Arbeit in einer Diapäsentation zusammenzufassen.

Um eine strategische Vision für die Rolle und Position des Regionalbüros zu erarbeiten (wie auf der 54. Tagung des Regionalkomitees vorgeschlagen), habe der SCRC eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die aus vier seiner Mitglieder, zwei Mitarbeitern der WHO und sechs externen Sachverständigen bestehe. Insgesamt seien vier Sitzungen der Arbeitsgruppe geplant, wobei nach jeder eine Rückmeldung an den SCRC erfolgen solle und der abschließende Bericht der Arbeitsgruppe dem Regionalkomitee 2006 vorgelegt werde. Zum Thema WHO-Kooperationszentren habe der SCRC das Sekretariat gebeten, für die derzeitige Tagung des Regionalkomitees ein Informationspapier vorzubereiten (vgl. Dokument EUR/RC55/13, S. 50–53).

Der SCRC habe zu dem Programmhaushaltsentwurf der Organisation für den Zeitraum 2006–2007 deutlich Stellung bezogen und dies sei einer der Gründe für die Erhöhung des ordentlichen Haushalts für den kommenden Zweijahreszeitraum um 6% bei der Annahme des Haushalts durch die 58. Weltgesundheitsversammlung. Auch habe der SCRC dringend an die Mitgliedstaaten appelliert, zu dem Entwurf für die Grundsätze für Haushaltszuweisungen an die Regionen in künftigen Haushaltszeiträumen Stellung zu nehmen, und es sei vereinbart worden, dass solche Zuweisungen künftig drei Bestandteile umfassen sollten (eine Kernkomponente, eine „Engagement-Komponente“ und eine Komponente, bei der die sozio-ökonomische Situation des Landes berücksichtigt wird). Der SCRC sei auch am Konsultationsprozess für das 11. Allgemeine Arbeitsprogramm (2006–2015) beteiligt gewesen.

Der SCRC habe im Laufe des Jahres auch die Beziehungen mit der Europäischen Union überprüft und festgestellt, die Zusammenarbeit sei gut, erfolge jedoch hauptsächlich auf spontaner Basis. Er habe daher auf die Notwendigkeit hingewiesen, diese Zusammenarbeit in einen formelleren Rahmen zu stellen und dabei zu verdeutlichen, was das Regionalbüro der EU bieten könne, und er habe der Arbeitsgruppe für eine langfristige strategische Vision für das Regionalbüro eine Befassung mit dem Thema empfohlen.

Darüber hinaus habe sich der SCRC im Laufe des Jahres mit den Ergebnissen der WHO-Ministerkonferenz psychische Gesundheit, (zu denen dem Regionalkomitee ein Resolutionsentwurf vorgelegt werde), dem Thema Adipositas (wo der SCRC den Vorschlag zur Veranstaltung einer Fachkonferenz im Jahr 2006 in der Türkei unterstützt habe) und der Influenzabereitschaft (wo er auf Fortschritte einiger mitteleuropäischer Länder bei der Entwicklung neuer Impfstoffe auf der Grundlage der Zellkulturgebietstechnologie hingewiesen habe) befasst.

Schließlich habe der SCRC wie in der Vergangenheit in beträchtlichem Umfang bei der Ausarbeitung der Tagesordnung für die gegenwärtige Tagung des Regionalkomitees mitgewirkt und dabei die vorzulegenden Resolutionsentwürfe geprüft und sich auf Empfehlungen hinsichtlich der Mitgliedschaft in Gremien und Ausschüssen der WHO geeinigt.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R5.

Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen des Regionalkomitees (EUR/RC55/13 und /Conf.Doc./8)

Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)

Der Vorsitzende des EEHC erklärte, dass der mit einem neuen Mandat versehene EEHC sich aus gewählten Vertretern aus zehn Mitgliedstaaten, sieben zwischenstaatlichen Organisationen und vier nichtstaatlichen Organisationen zusammensetze. Ihre Aufgabe bestehe in der Überwachung und Unterstützung der Umsetzung der auf der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit in Budapest eingegangenen Verpflichtungen sowie in der Betreuung und Förderung der entsprechenden Arbeit in den einzelnen Ländern. Der EEHC habe im Jahr 2005 zweimal getagt. Gegenwärtig verfüge er in 50 Ländern über 80 nationale Ansprechpartner im Bereich Umwelt und Gesundheit. Jede Tagung habe als besonderen Schwerpunkt eines der vier im Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE) festgelegten vorrangigen Ziele der Region behandelt. Alle Mitgliedstaaten seien zur Teilnahme an den Tagungen des EEHC eingeladen. Der EEHC habe eine CEHAPE-Arbeitsgruppe eingesetzt, die ebenfalls zweimal im Jahr tage.

Der Aufbau eines Informationssystems für Umwelt und Gesundheit sei für einen wirksamen Schutz der Kinder von wesentlicher Bedeutung. Er werde von einer internationalen Gruppe koordiniert, der Vertreter von insgesamt 30 Ländern sowie der Europäischen Kommission und anderer internationaler Organisationen angehörten und in der vier Mitgliedstaaten in verschiedenen Arbeitsbereichen die Federführung übernommen hätten. Als Teil der Kommunikationsstrategie des EEHC werde eine Webkarte entwickelt, auf der die von den Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Verpflichtungen von Budapest erzielten Fortschritte dargestellt würden. Es erging ein dringender Appell an die Mitgliedstaaten, diese zu nutzen und zu aktualisieren. Eine andere Initiative bestehe in der Verbesserung der Beteiligung der jungen Menschen selbst durch ein mit Unterstützung mehrerer Mitgliedstaaten durchgeführtes Projekt.

Die Ministerielle Konferenz in Budapest habe viele Erwartungen geweckt, und es sei wichtig, diese Hoffnungen trotz einiger Finanzierungsprobleme des EEHC zu erfüllen. Die zweite Tagung der CEHAPE-Arbeitsgruppe solle am 20. und 21. Oktober 2005 in Edinburgh stattfinden, die 20. Tagung des EEHC am 12. und 13. Dezember 2005 in Helsinki und die 21. Tagung des EEHC im Frühjahr 2006 in Norwegen. Er verlieh seiner Hoffnung Ausdruck, dass dabei alle Länder vertreten sein werden.

In der anschließenden Diskussion wurde vereinbart, aus Kostengründen jeweils eine gleichzeitige Abhaltung der Tagungen der CEHAPE-Arbeitsgruppe und des EEHC zu prüfen und die finanzielle Situation insgesamt zu klären, um ggf. weitere Geldquellen erschließen zu können.

Der Regionaldirektor bedankte sich beim EEHC für seine Arbeit und bei dem Vorsitzenden für dessen Unterstützung bei einem vor kurzem auf Wunsch des Regionaldirektors durchgeführten Besuch im Kosovo, dessen Gegenstand ein Bericht über eine Gruppe von Kindern gewesen sei, die unter gefährlichen Bedingungen lebe. Er fügte hinzu, er hoffe, die Länder würden bei der Beschaffung von Finanzmitteln zur Lösung dieses ernsten Problems behilflich sein.

Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit

Der Regionalbeauftragte für psychische Gesundheit bedankte sich bei den Mitgliedstaaten für ihr Engagement und ihren Beitrag zum Gelingen der Ministeriellen Konferenz. Die Herausforderung in den nächsten fünf Jahren bestehe in der Umsetzung und der Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung. In der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit würden fünf Prioritäten genannt und die Länder strebten die Erreichung konkreter Meilensteine bis 2010 an. Dabei würden sie vom Regionalbüro unterstützt, das entsprechend den Vorgaben der Erklärung Verantwortung übernommen habe. Fünf WHO-Kooperationszentren hätten jeweils in bestimmten Arbeitsbereichen die Federführung übernommen, andere Partnerschaften würden durch Aktivitäten in den Ländern aufgebaut. Derzeit werde eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Berufsverbänden geschaffen, und die nichtstaatlichen Organisationen bildeten im Hinblick auf ihre Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro einen Verband. Das Regionalbüro arbeite bei der Erstellung des in Kürze zu veröffentlichenden Grünbuchs zur psychischen

Gesundheit eng mit der Europäischen Kommission und dem Europarat zusammen. Die Grundlagen für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region seien nun gelegt: Es gelte jetzt, sie in die Praxis umzusetzen.

Bei der anschließenden Diskussion stimmten die Delegierten darin überein, dass die Ministerielle Konferenz nur ein Anfang gewesen sei. Sie habe die konstruktive Partnerschaft zwischen Forschung und Politik eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Weiterhin habe sie die Notwendigkeit unterstrichen, die psychische Gesundheitsversorgung besser in die Gesundheitssysteme zu integrieren, und die gestiegenen Anforderungen an Gesundheitspolitiker und Gesundheitsfachkräfte in Bezug auf ihre Fachkompetenz in der psychischen Gesundheitsversorgung verdeutlicht. Die Nutzer und die Betreuenden sollten in die Gestaltung der psychischen Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Der Vertreter eines Mitgliedstaats, der eine der Vorkonferenzen ausgerichtet hatte, erklärte im Namen seines Landes die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung an Maßnahmen zur Weiterverfolgung des Themas.

Einige Delegierte schilderten die Reformbemühungen ihrer Länder auf dem Gebiet der psychischen Gesundheitsversorgung (etwa durch Auflösung der großen Anstalten, Entwicklung eines Verbunds für Überweisungen in der Psychiatrie zur Erleichterung des Zugangs zum örtlichen Gesundheitssystem und durch nationale Programme für Patienten mit Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen) und berichteten von neuen nationalen Plänen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Ein Delegierter eines Reformstaates erklärte, die Modernisierung des Systems der psychischen Gesundheitsversorgung sei eine Aufgabe von ungeheurem Umfang, doch es gebe eine Chance, den Teufelskreis des Versagens zu durchbrechen und moderne, bürgernahe Angebote zu entwickeln.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R2.

Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO

Der Direktor, Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, berichtete, das Regionalbüro verfüge inzwischen über 34 Vollzeitkräfte in 12 Ländern, die sich mit dem Bereich HIV/Aids befassen. Diese würden auch benötigt, da sich die Epidemie mit unverminderter Geschwindigkeit ausbreite und inzwischen ein Anstieg der Sterbefallzahlen infolge von HIV/Aids zu verzeichnen sei: eine Verdopplung der Todesfälle in den ersten acht Monaten des Jahres 2004 im Vergleich zum gesamten Jahr 2003. 30 der 52 Mitgliedstaaten meldeten eine steigende Zahl von HIV-Fällen, darunter zum ersten Mal seit ca. vier Jahren auch einige westeuropäische Länder. Es gebe Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilen der Region, wobei die Übertragung in West- und Mitteleuropa überwiegend durch Geschlechtsverkehr, in Osteuropa dagegen hauptsächlich durch intravenösen Drogenkonsum erfolge. In West- und Mitteleuropa entfielen bis zu 65% aller Fälle auf Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, bis zu 75% aller Fälle unter Heterosexuellen auf Immigranten und bis zu 50% davon auf Frauen. In Osteuropa waren bis zu 85% der Fälle Männer und bis zu 50% aller infizierten Frauen Partnerinnen von intravenösen Drogenkonsumenten. Bis zu 50% aller HIV-Infektionen entfielen auf die Altersgruppe unter 25 Jahren.

Die für die Region im Rahmen der 2003 begonnenen Initiative „3 bis 5“ geltende Zielsetzung, bis Ende 2005 100 000 zusätzlichen Patienten eine ARV-Behandlung zu ermöglichen, könne bei einem zu erwartenden Anstieg der Zahl der Behandlungen in der Region von 242 000 Mitte 2003 auf 381 000 Ende 2005 wahrscheinlich sogar übertroffen werden. Während im März 2003 nur 27 Mitgliedstaaten einen universellen Zugang zu einer Behandlung hätten bieten können, werde sich diese Zahl bis Ende 2005 voraussichtlich auf 49 erhöhen. So würden in diesen wichtigen Bereichen die Zielvorgaben erfüllt.

Die Delegierten erklärten ihre Unterstützung für einen integrierten Ansatz und für gezielte Maßnahmen zugunsten der Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko und schilderten die Herausforderungen für ihre Länder aufgrund von HIV/Aids, u. a. einen Mangel an epidemiologisch gut geschultem Personal. Diese Fragen seien Gegenstand nationaler Pläne. Es sei wichtig, diese Aufgaben in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit UNAIDS und vielen anderen Organisationen zu erledigen und dabei einen abgestimmten Ansatz zu verfolgen; dies sei durch die Einsetzung des Global Task Teams und die 17. Sitzung des Programmkoordinationausschusses von UNAIDS verdeutlicht worden.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission teilte mit, HIV/Aids werde auf die Tagesordnung des Europäischen Rates gesetzt und die Europäische Kommission bereite derzeit eine Mitteilung vor, deren endgültige Fassung Ende 2005 vorliegen und deren Ziel die Fortsetzung und Intensivierung der Bekämpfung von HIV/Aids sein werde.

Ein Delegierter schlug vor, angesichts der wahrhaft dramatischen Neuinfektionsraten in einigen Teilen der Region dem Regionalkomitee 2006 einen Resolutionsentwurf mit konkreten und umfassenden Handlungsvorschlägen zur HIV/Aids-Prävention vorzulegen. Er bat darum, den Ständigen Ausschuss auf seiner nächsten Tagung mit dieser Frage zu befassen.

Gesundheit am Arbeitsplatz

Einige Delegierte begrüßten das schnelle Handeln des Regionalbüros bei Finanzierung und Aufbau eines Programms für Gesundheit am Arbeitsplatz nach diesbezüglichen Diskussionen auf der 54. Tagung des Regionalkomitees. Das Netzwerk von Kooperationszentren werde sich als wirksame und nützliche Hilfe für die Mitgliedstaaten bei der Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen und der Bedrohung der Gesundheit der Arbeitnehmer erweisen. Es sei wichtig, diese Arbeit fortzusetzen. Es gebe innerhalb der Region auffallende Ungleichheiten hinsichtlich der herrschenden Arbeitsbedingungen wie auch der Angebote zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz; daher würde die Ausarbeitung einer regionalen Strategie begrüßt.

Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten

Die Entwicklung dieser Strategie wurde begrüßt und ein Delegierter unterstrich die Notwendigkeit konkreter Maßnahmen beispielsweise gegen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen. Dabei wurde die Bedeutung von Konsultationen und der Abstimmung mit anderen Strategien (z. B. der Ernährungsstrategie) sowie mit Gremien wie der Europäischen Kommission hervorgehoben.

Reproduktive Gesundheit

Mehrere Delegierte äußerten sich besorgt über die steigenden Raten bei sexuell übertragenen Krankheiten und Schwangerschaften Minderjähriger und sprachen sich dafür aus, einen Vorschlag für eine regionale Strategie zur Verbesserung der Müttergesundheit und der perinatalen Gesundheit auszuarbeiten. Diese solle auch in andere Programme integriert werden, u. a. Programme zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Dies sei für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele von wesentlicher Bedeutung. Ein Delegierter hob die ausgezeichneten Ergebnisse der nationalen Strategie für reproduktive Gesundheit in seinem Land hervor.

Ein Vertreter der Internationalen Kommission für Arbeitsmedizin gab eine Erklärung ab. Von der Internationalen Schlaganfall-Gesellschaft und dem Internationalen Rat für die Bekämpfung von Jodmangelstörungen gingen schriftliche Erklärungen ein.

Grundsatz- und Fachfragen

Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO

(EUR/RC55/6, /7, /Conf.Doc./2 Rev.1 und /Conf.Doc./3 Rev.1)

Der Direktor, Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast beschrieb den Konsultationsprozess sowie die Pilotpläne und Sitzungen, aufgrund derer sich die Strategie seit der ersten Vorstellung eines Konzeptpapiers beim Regionalkomitee im Jahr 2003 entwickelt hatte. Es bestehe eine moralische und gesetzliche Verpflichtung zum Schutz und zur Förderung der Rechte der Kinder. Eine gesündere zukünftige

Gesellschaft sei von der Gesundheit der Kinder abhängig und Investitionen in die frühen Lebensphasen hätten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung und Nachhaltigkeit.

Der Strategie liege u. a. die zentrale Sorge zugrunde, dass es innerhalb der Region eklatante Unterschiede gebe, etwa Unterschiede um ein Zehnfaches zwischen einzelnen Ländern in Bezug auf Kinder- und Säuglingssterblichkeit. Überdies sei auch bei den Ungleichheiten innerhalb der Länder eine steigende Tendenz zu beobachten: Kein Land sei gegenwärtig imstande, allen seinen Kindern einen chancengleichen Anspruch auf Gesundheit zu garantieren. Die übergeordnete Zielsetzung bestehe darin, die Kinder und Jugendlichen in die Lage zu versetzen, ihr Gesundheits- und Entwicklungspotenzial voll auszuschöpfen und die durch vermeidbare Krankheiten und Sterblichkeit bedingte Last zu senken. Dabei würden vier Grundsätze verfolgt: ein Ansatz, der die gesamte Lebensdauer von der vorgeburtlichen Phase bis ins Jugendalter berücksichtigt; Priorisierung der Bedürfnisse der am stärksten Benachteiligten mit dem Ziel der Herstellung von Gerechtigkeit; sektorübergreifende Zusammenarbeit; und Förderung der Beteiligung der Öffentlichkeit und der Jugendlichen.

Es gebe kein Patentrezept, das für alle Mitgliedstaaten geeignet sei. Vielmehr müssten die einzelnen Länder die Strategie an ihre eigenen Bedürfnisse anpassen und zu diesem Zweck sei zur Umsetzung ein Instrumentarium für die Bereiche Aufklärung, Maßnahmen und Auswertung geschaffen worden.

Der Direktor hob fünf der sieben vorrangigen Handlungsbereiche der Strategie hervor: HIV/Aids, Adipositas, Gewalt und Verletzungen, Masern und Röteln sowie psychische Gesundheit. In den vergangenen sechs Jahren seien die neu diagnostizierten Fälle von HIV/Aids überwiegend in Osteuropa aufgetreten. Bei dieser großen Epidemie beträfen 80% der Fälle Menschen unter 30 Jahren. Adipositas sei eine schleichende Epidemie, die sich seit den 1970er Jahren allmählich in der Region ausgebreitet habe, doch seien hier enorme Unterschiede festzustellen. In einigen Mitgliedstaaten litten mehr als 30% der Kinder unter Mangelernährung. Ebenso ausgeprägt seien auch die Unterschiede in Bezug auf Gewalt und Verletzungen.

Die Impfraten in der Region seien allgemein gut, doch seien 2004 noch 600 000 Einjährige nicht gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten geimpft gewesen. Die Masern könnten eliminiert werden, doch gebe es nach wie vor Ausbrüche in den entwickelten Ländern, und die Krankheit werde über Grenzen hinweg und bis auf den amerikanischen Kontinent eingeschleppt. Die Eliminierung der Röteln, einer vermeidbaren Ursache von Geburtsschäden, sei realistisch und es werde eine Eliminierung von Masern und Röteln bis zum Jahr 2010 angestrebt.

Ein weiterer vorrangiger Handlungsbereich im Rahmen der Strategie sei die psychische Gesundheit. Hier litten 4% der Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren sowie 9% der 19-Jährigen unter Depressionen. Suizid sei die dritthäufigste Todesursache unter jungen Menschen. Abschließend wurde hervorgehoben, Förderung und Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellten eine Investition in die Gesellschaft von morgen dar.

In der anschließenden Diskussion bekundeten alle Redner ihre Unterstützung für die Strategie und bezeichneten sie als eine hohe Priorität. Ein Delegierter erklärte, Kindergesundheit sei für ein Gesundheitsministerium der wichtigste Indikator und da die Kinder die Zukunft bedeuteten, sei es unverzeihlich, wenn die Politik diesen Bereich nicht entschlossen angehe. Viele Delegierte lobten die Strategie als einen soliden und umfassenden Rahmen, der den Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer eigenen Politiken und Programme helfen werde.

Einige Redner skizzierten Bereiche, die von besonderem Belang für ihre Länder seien. Diese erstreckten sich von rückgehenden Kinderzahlen über steigende Raten von Diabetes mellitus, Asthma und Lebensmittelallergien bis zu Alkoholmissbrauch, fehlender Mobilität, Genitalverstümmelung von Frauen und auf Kinder ausgerichtete Vermarktungsstrategien. Es sei wichtig, dass die Bedürfnisse und Leistungen vor Ort berücksichtigt würden und dass Sektoren jenseits des Gesundheitswesens einbezogen würden. Die Befähigung zu und die Förderung von gesunden Lebensweisen seien ebenfalls Schlüsselemente der Strategie, genauso wie die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Als Folge von Grundsatzmaßnahmen zur Unterstützung von Schwangeren, Kindern und Jugendlichen und insbesondere von Interventionen für gefährdete Bevölkerungsgruppen sei in einigen Ländern bereits ein Rückgang der Kindersterblichkeit zu erkennen. Mehrere Delegierte schilderten die Programme ihrer Länder in Bereichen wie Verringerung der Müttersterblichkeit, aufsuchende Arbeit mit Teenagern und jungen Erwachsenen, Förderung des Stillens, vermehrte Anwendung von Kindersicherheitssitzen in Kraftfahrzeugen und weitere Maßnahmen für Kinder. Ein Mitgliedstaat verfügte über ein Grünbuch, in dem fünf Schlüsselergebnisse für Kinder und junge Menschen skizziert wurden. Ein anderer besaß ein nationales Programm, das Autonomie und Selbstbestimmtheit sowie, neben anderen Dingen, die Angemessenheit und Kontinuität der Leistungserbringung betonte. Mehrere Vertreter von Mitgliedstaaten, die eine Zeit des wirtschaftlichen Übergangs durchgemacht hatten, berichteten, dass Grundsatzmaßnahmen für Kinder von Vorrang für ihre Regierungen gewesen seien und wie die Bedeutung der Familie in ihre Gesetzgebung eingebettet sei. Mehrere Redner betrachteten die Strategie als wesentlich zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Einige regten an, dass die Strategie genauer einige der anderen Arbeitsgebiete des Regionalbüros in den Mitgliedstaaten widerspiegeln solle, z. B. das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen, die Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit und das Thema Geschlechter. Ein Delegierter nannte die Notwendigkeit, gute elterliche Fürsorge zu unterstützen, und die Wichtigkeit gut funktionierender Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung. In einer weiteren Wortmeldung wurde darauf hingewiesen, dass es immer Kinder geben werde, die Unfälle erlitten oder krank würden, und dass eine verbesserte Behandlung der Kinder, u. a. auch in Krankenhäusern, nicht zu vernachlässigen sei.

Die Impfziele bis zum Jahr 2010 fanden breite Unterstützung. Verschiedene Delegierte skizzierten die positiven Erfahrungen ihrer Länder mit einer Stärkung des Impfwesens. In einem Mitgliedstaat waren binnen zwei Jahren nahezu 20 Mio. Kinder geimpft worden. Einige Länder hatten in jüngster Zeit Labornetze eingerichtet und die Überwachung verbessert. Ein Redner bemerkte, dass sein Land an andere WHO-Regionen angrenze und daher mehr Unterstützung benötige, deswegen würde er eine Geberkonferenz sehr begrüßen. In einer Wortmeldung wurden Bedenken gegen die vorgeschlagene Europäische Impfwache geäußert, da dieses Thema nicht mit einer Kampagne einmal jährlich abgetan werden dürfe: Impfung sei unverzichtbar und Kompromisse zu ihren Lasten nicht möglich. Indes skizzierte ein weiterer Redner die Probleme in einigen Ländern, wo Teile der Bevölkerung sich weigerten, ihre Kinder impfen zu lassen. Für solche Bedingungen müssten verschiedene Strategien entwickelt und umgesetzt werden.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission merkte an, dass obwohl junge Menschen meist bei guter Gesundheit seien, so würde die Gesundheit vieler Kinder durch schlechte Ernährung, schlechte elterliche Fürsorge, eine schlechte Umwelt und das Fehlen von sportlicher Betätigung und durch fehlende Liebe beeinträchtigt. Diese Faktoren seien oft mit niedrigem Einkommen, schlechter Ausbildung und Arbeit verbunden und führten zu inakzeptablen gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Kommission werde ein Grünbuch über Nahrung, Ernährung und körperliche Betätigung, Vorschläge zum Thema Alkohol und eine Mitteilung zum Thema psychische Gesundheit veröffentlichen.

Ein Vertreter von UNICEF sagte, die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sollten in ganzheitlicher Weise angegangen werden und dabei sollten die für ihre Gesundheit wesentlichen psychologischen Aspekte einbezogen werden. Die Länder wären dazu verpflichtet, denjenigen unerlässliche Leistungen anzubieten, die am stärksten gefährdet seien, und Kinder und Jugendliche litten am meisten. Man könne voneinander lernen, z. B. in Bezug auf das Überleben von Kindern und HIV/Aids. Die Bemühungen um eine universelle Iodierung von Salz sollten beschleunigt werden.

Die Direktorin des ECDC beschrieb den Aufbau des neuen Zentrums, das in Partnerschaft mit der WHO und den Mitgliedstaaten in Bereichen wie Risikoerkennung, Risikobewertung, Risikokommunikation, Bereitschaftsplanung und Gegenmaßnahmen sowie Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zusammenarbeiten werde. Das Zentrum werde die Eliminierung von Masern und Röteln voll unterstützen.

Unter diesem Tagesordnungspunkt wurden auch Stellungnahmen von Delegierten des Europäischen Forums Nationaler Pflege- und Hebammenverbände und der Medical Women's International Association [dt.: Internationaler Ärztinnenbund] abgegeben.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R6 und EUR/RC55/R7

Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005

(EUR/RC55/8 und /Conf.Doc./4)

Der Regionaldirektor führte in das Thema ein, indem er den Prozess der Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ beschrieb. Der SCRC habe eine Aktualisierung, jedoch kein neues Konzept, erbeten, die so spezifisch und konkret wie möglich sein sollte und die ursprünglichen Werte der „Gesundheit für alle“ beibehalten sollte.

Die Aktualisierung bestehe aus vier Teilen. Der erste Teil beruhe auf den Ergebnissen einer vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik durchgeführten Untersuchung, die zeigten, dass „Gesundheit für alle“ die Gesundheitspolitik vieler Mitgliedstaaten beeinflusst habe (obwohl es eine Kluft zwischen der Formulierung und der Umsetzung der Politik gebe), dass die Werte breit akzeptiert würden und dass das Aufstellen von Zielen für alle so verschiedenen Länder der Europäischen Region unrealistisch sei.

Der zweite Teil der Aktualisierung bekräftige erneut die drei zentralen Werte von „Gesundheit für alle“ – Chancengleichheit, Solidarität und Bürgerbeteiligung – und rücke sie in den Kontext der bereits von den Mitgliedstaaten angenommenen Menschenrechtsinstrumente und einer ethischen Führung im Gesundheitsbereich. Der dritte Teil empfehle die Anwendung von zehn Instrumenten für politische Entscheidungsträger, die sich in vier Kategorien aufteilen ließen: die Definition eines Rahmens für die ethische Führung, die Einbeziehung der aktuellsten Daten in die Gesundheitspolitik, die Sicherstellung einer Ausrichtung der Konzepte an den Werten der „Gesundheit für alle“ und das Aufbauen von Konzepten und Maßnahmen auf soliden Erkenntnissen. Der vierte Teil biete eine Liste offener Fragen an, die die Politikgestalter zur Vergewisserung nutzen könnten, dass der Inhalt und die Umsetzung der Konzepte in Übereinstimmung mit ihren ausgewiesenen Werten stünden.

15 Länder hätten während der offiziellen Konsultationsdauer zwischen Januar und Mai 2005 detailliert auf den Entwurf der Aktualisierung reagiert. Einige dieser Anregungen seien in die Aktualisierung übernommen worden. Andere beträfen die Zukunft der „Gesundheit für alle“ und hätten das Regionalbüro aufgefordert, sich mit den finanziellen Aspekten des Konzepts und der Weiterverfolgung des Prozesses zu befassen, Ländervergleiche einzubeziehen und eine Kommunikationsstrategie vorzuschlagen, die das Konzept besser bekannt machen würde. Statt weiterer Aktualisierungen in der Zukunft habe das Regionalbüro daher die Schaffung eines kontinuierlichen Prozesses der „Gesundheit für alle“ angeregt, der von den Erfahrungen der Mitgliedstaaten bereichert würde.

Im Namen des SCRC drückte dessen früherer Vorsitzender die Unterstützung des SCRC für die Aktualisierung, die durch die großen Veränderungen in der Region notwendig geworden sei, und für den offenen Prozess aus, durch den die Länder die Werte der „Gesundheit für alle“ auf demokratische Weise als Grundlage ihrer Gesundheitsreformen und -programme bestätigen könnten. „Gesundheit für alle“ sei der Drehpunkt, um den die Programme und Aktivitäten in mehr oder weniger großem Abstand kreisten, und Maßnahmen für die Gesundheit seien sowohl für den Fortschritt der Region insgesamt unabdingbar als auch eine kollektive Verantwortung aller Anwesenden.

Alle Redner zu diesem Thema begrüßten die Aktualisierung, insbesondere wegen ihrer analytischen Stärke und weil sie auf den Errungenschaften der Vergangenheit aufbaue, wegen ihrer Nützlichkeit als Orientierungshilfe der gegenwärtigen und künftigen Politikgestaltung, wegen der Verknüpfung von zentralen Werten und Handlung durch das Konzept der ethischen Führung und wegen einzelner Charakteristika, z. B. des Instrumentariums und der Prüfliste für Politikgestalter. Ein im Namen der nordischen Länder

sprechender Delegierter begrüßte die Aktualisierung als ein wichtiges Instrument zur Sicherung einer ethisch nachhaltigen Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik und lobte insbesondere die umfassende Definition von Chancengleichheit, den Ruf nach breit angelegten Strategien und sektorübergreifenden Maßnahmen für den Bau gesünderer Gesellschaften sowie die Bereitstellung konkreter Instrumente für die Grundsatzdebatten in den Mitgliedstaaten.

Ergänzend zur Aktualisierung wurde angeregt: ein größerer Schwerpunkt auf konkrete Maßnahmen und die fortgesetzte Führungsrolle des Regionalbüros in der regionsweiten „Gesundheit für alle“-Bewegung der Zukunft, mehr Augenmerk auf den Austausch von Informationen und Erfahrungen mit Strategien für Bevölkerungsgesundheit in den Ländern, eine größere Betonung der Kontinuität zum Rahmenkonzept GESUNDHEIT21, die Einbeziehung der Public-Health-Forschung in die Liste programmatischer Bemühungen, die zu gesundheitlichen Verbesserungen beitragen, und eine regelmäßige Berichterstattung über die gemachten Fortschritte an das Regionalkomitee. Außerdem sollten die Indikatoren der „Gesundheit für alle“ mit denen anderer Organisationen wie der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) harmonisiert werden, um die Belastung der Mitgliedstaaten durch Informationsanfragen zu verringern.

Eine Stellungnahme des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger, die auch die Unterstützung des Ständigen Ausschusses der Krankenschwestern und Krankenpfleger der EU (EFN) und dem International Catholic Committee of Nurses und Medico-Social Assistants erhalten hatte, wurde verlesen.

In seiner Erwiderung dankte der Regionaldirektor den Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung des Dokuments und des Prozesses und insbesondere für ihr Verständnis der Ziele der Aktualisierung. Das Regionalbüro werde in der Dokumentation der Aktualisierung GESUNDHEIT21 angemessen berücksichtigen und die Harmonisierung der Indikatoren von „Gesundheit für alle“ mit anderen Indikatoren betreiben. Das Regionalbüro benutze in seiner Dokumentation den Begriff „Gesundheitsfachkräfte“ um die breite Vielfalt der Gesundheitsberufe widerzuspiegeln, u. a. auch den der Krankenschwester und des Krankenpflegers, deren Rolle besonders hervorzuheben sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R4.

Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC55/11, /Conf.Doc./7 und /BD/1)

Der Direktor, Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, stellte bei seiner Einführung in das Thema fest, dass die Europäische Region den höchsten Alkoholkonsum verzeichne und somit auch die höchste alkoholbedingte Krankheitslast in der Welt. Alkohol sei der drittwichtigste Risikofaktor für Tod und Behinderung in der Region und unter jungen Menschen sogar der wichtigste Risikofaktor. Die Verbrauchsmuster in der Region variierten: Im Norden sei der Konsum sehr hoch und steige weiter, im Südwesten gehe er langsamer als früher zurück und im Osten sei er sehr hoch.

Die Initiativen der WHO gegen den Alkohol in der Europäischen Region umfassten zwei Aktionspläne aus den 1990er Jahren, Grundsaterklärungen zweier Konferenzen und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung aus den Jahren 2004 und 2005. Daneben entwickle die Europäische Kommission eine Strategie zur Verringerung alkoholbedingter Schäden. Seit 2001 waren die Aktivitäten innerhalb der Region zwar relativ spärlich, doch lege das Regionalbüro nun den Handlungsrahmen zur Annahme durch das Regionalkomitee vor.

Die Ziele des Handlungsrahmens seien: eine Stärkung der Alkoholpolitik in der Region, eine zusammenfassende Lagebeschreibung und das Erkennen von Handlungsbedarf der Politik, die Schaffung einer gemeinsamen Grundlage für Initiativen der WHO und anderer Akteure, z. B. der Europäischen Kommission, sowie die Schaffung starker Verbindungen zwischen nationalen und lokalen Strategien und Aktionsplänen nicht nur zu Alkohol, sondern auch zu verwandten Themen, z. B. nichtübertragbare Krankheiten und junge Menschen. Zu den Vorteilen, die der neue Handlungsrahmen biete, zählten u. a.: das Aufgreifen neuer und wiederkehrender Herausforderungen, die klare Formulierung von Leitprinzipien des Handelns,

die klare Beschreibung der Rolle einzelner Akteure, das Aufgreifen strittiger oder definitionsbedürftiger Themen und das Nennen internationaler Instrumente für Maßnahmen und Nachfolgemeasures.

Ein Mitglied des SCRC merkte an, dass dem Thema aufgrund des Ausmaßes der alkoholbedingten Schäden große Priorität zukomme. Der SCRC habe die Notwendigkeit einer Aktualisierung des Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000–2005 (EAAP) sowie die ausgiebige Erörterung und die Resolutionen zum Thema Alkohol durch Exekutivrat und Weltgesundheitsversammlung festgestellt. Angesichts der Rolle des Alkohols als Gesundheitsrisiko und Komorbiditätsfaktor habe der SCRC den Fokus des Exekutivrats auf den schädlichen Gebrauch von Alkohol unterstützt und das Regionalbüro um die Erarbeitung des Handlungsrahmens gebeten. Durchschnittszahlen zu Konsum und Schäden würden große Unterschiede zwischen und in den Ländern sowie unter den gesellschaftlichen Gruppen verbergen, was einen Bedarf an Strategien deutlich mache, die sich auf die am schwersten belasteten Gruppen ausrichteten. Weitere wichtige zu berücksichtigende Themen umfassten das Trinken (und die Zunahme des Rauschtrinkens) junger Menschen und den Druck, der auf Alkoholbeschränkungen der Länder durch die Globalisierung des Handels ausgeübt werde. Der Handlungsrahmen baue auf den bereits durch die Aktionspläne der WHO erzielten Fortschritten und den Konferenzerklärungen auf.

In der sich anschließenden Aussprache unterstützten alle Redner den Handlungsrahmen. Insbesondere lobten die Delegierten, dass er die immer dringender benötigten international koordinierten sowie nationalen Maßnahmen zur Verringerung der alkoholbedingten Schäden initiieren könne, dass er Gedanken der globalen Ebene auf den Kontext der Europäischen Region anwende, dass er die Rollen der verschiedenen Akteure klarlege und dass er starke Argumente für die Beschränkung des Zugangs von Alkohol vorbringe, wobei allerdings ein Redner anmerkte, dass dies in seinem Land nicht funktionieren würde. Daneben erwähnten die meisten Redner bzw. Rednerinnen besondere Probleme der jeweiligen Länder (darunter der hohe und gestiegene Konsum und der mit ihm verbundene Schaden, das Trinken junger Menschen und die auf junge Menschen zielenden Vermarktungsstrategien und Produkte wie „Alkopops“) und erfolgreiche Gegenmaßnahmen wie nationale Strategien, Pläne, Gesetzgebung und Steuerpolitik.

Zur Stärkung des Handlungsrahmens wurden verschiedene Vorgehensweisen angeregt. Ein im Namen der nordischen Länder sprechender Redner forderte mit Nachdruck, dass der Handlungsrahmen deutlicher dazu aufrufen solle, dass sich die Interessen der Bevölkerungsgesundheit in allen internationalen Übereinkommen mit einem Bezug zu Alkohol widerspiegeln sollten, u. a. in solchen zu Handel und Besteuerung, und dass er eine Terminologie anwenden solle, die in Übereinstimmung mit der Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA58.26 zu Problemen für die Bevölkerungsgesundheit aufgrund von schädlichem Alkoholgebrauch ist. Außerdem regten Delegierte an, der Handlungsrahmen solle: die Rolle von sozialen und genetischen Faktoren für Alkoholprobleme anerkennen, den Schulungsbedarf der Erbringer von Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Erkennung und Behandlung dieser Probleme würdigen, Altersgrenzen für Käufer von Alkohol und Begrenzungen für Alkoholreklamen fordern (insbesondere für Werbung im Internet und für solche mit Ausrichtung auf Jugendliche), Programme zur Unterstützung der Angehörigen von Alkoholabhängigen verlangen, Forschung mit dem Ziel solider Erkenntnisse über Alkoholerziehung in der Schule unterstützen und den Faktoren mehr Beachtung schenken, die in Zusammenhang mit dem rückläufigen Konsum in Südwesteuropa stehen.

Außerdem rief der im Namen der nordischen Länder sprechende Delegierte dazu auf, der künftigen Arbeit des WHO-Regionalbüros zum Thema Alkohol ausreichende Mittel und die Unterstützung sowohl des Regionaldirektors als auch des WHO-Hauptbüros zukommen zu lassen, damit die Ziele der Resolution WHA58.26 der Weltgesundheitsversammlung erfüllt werden könnten. Andere Redner regten eine enge Zusammenarbeit mit der EU bei Veranstaltungen wie dem Gipfel zu Ungleichheiten an, durch die ein verantwortliches Marketing gefördert werde, sowie eine Verbindung des Handlungsrahmens mit den Grundsatzmaßnahmen anderer Sektoren zur Verbesserung der Lage der gefährdetsten Gruppen, die Wiederholung der Botschaft des „weniger ist besser“ beim Alkoholkonsum und die Berücksichtigung der alkoholbedingten Adipositas bei den Vorbereitungen der Konferenz zu Adipositas im Jahr 2006.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission dankte der WHO für ihre Führungsrolle in der Alkoholpolitik. Wegen des durch Alkoholkonsum angerichteten Schadens und der Verpflichtung der EU, die

Gesundheit in all ihren Aktivitäten zu schützen, bereite die Europäische Kommission in Zusammenarbeit mit der WHO eine Strategie zu alkoholbedingten Schäden vor, die 2006 veröffentlicht werden solle. Die acht Schlüsselbereiche für Maßnahmen seien: Alkohol am Steuer, Alkoholkonsum Minderjähriger, kommerzielle Kommunikation, Verbraucherinformationen, Verfügbarkeit und Preispolitik, Schutz der Kinder und Familien, Behandlung sowie Informationsaustausch, Daten und Forschung. Es sei eine Vorgehensweise erforderlich, die alle Akteure einbeziehe, jedoch ihre unterschiedlichen Rollen anerkenne.

Der WHO-Regionaldirektor für den Östlichen Mittelmeerraum berichtete, dass sein Regionalbüro seit Anfang der 1980er Jahre alkoholfrei sei. Da sechs Länder in jener Region zunehmend Probleme mit dem Alkoholkonsum erlebten, könnten ähnliche Aktivitäten wie die bereits bei Tabak erfolgreichen vielleicht hilfreich sein; das Regionalbüro für Europa könne zu einem Rahmenübereinkommen für Alkohol aufrufen und die Weltbank könne über die wirtschaftlichen Aspekte des Alkoholhandels berichten.

Der Beigeordnete Generaldirektor, Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit, WHO-Hauptbüro, pries den Handlungsrahmen als eine Gelegenheit, sektorübergreifende Maßnahmen im Interesse der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen, die Arbeit der WHO zum Thema Alkohol auf allen Ebenen zu stärken und die Komplementarität der Maßnahmen des Regionalbüros und des Hauptbüros sicherzustellen sowie andere Akteure, z. B. solche mit wirtschaftlichen Interessen, zu berücksichtigen.

In seiner Erwidderung dankte der Direktor, Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast, allen Mitgliedstaaten, die sich an der Debatte beteiligt hatten, für ihre hilfreichen Kommentare. Die Terminologie werde mit der aus den globalen Resolutionen harmonisiert. Was die Rolle der Alkoholindustrie angehe, so fordere der Handlungsrahmen sie dazu auf, den höchsten geschäftsethischen Ansprüchen zu genügen. Das Regionalbüro werde mit dem WHO-Hauptbüro erörtern, wie die Branche in die Beratungen einbezogen werden könne, zu denen die Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA58.26 aufrufe. Er begrüßte die Unterstützung der Europäischen Kommission für den Handlungsrahmen und dankte Schweden für seine Rolle als Gastgeber der Tagung des Europäischen Netzwerks nationaler Ansprechpartner für Alkoholpolitik, durch die ein wesentlicher Beitrag zur Vorbereitung des Handlungsrahmens gemacht worden sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R1.

Verletzungen in der Europäischen Region der WHO: Belastungen, Herausforderungen und Grundsatzmaßnahmen

(EUR/RC55/10 und /Conf.Doc./6 Rev. 1)

Bei der Einführung zu diesem Tagesordnungspunkt bemerkte der Direktor, Sonderprogramm Umwelt und Gesundheit, dass vorsätzliche wie nicht vorsätzliche Verletzungen in der Region ein wesentliches gesundheitspolitisches Problem darstellten. Es erfordere eine in sich konsequente und effektive Reaktion. Jährlich stürben an Verletzungen ca. 800 000 Menschen, das mache ca. 8,3% aller Todesfälle aus. Diese seien jedoch nur die Spitze des Eisbergs: denn für jeden Todesfall würden nach Schätzungen 30 Menschen ins Krankenhaus eingeliefert und landeten 300 Menschen in der Notaufnahme; dies ergebe insgesamt 240 Mio. Interventionen durch Notaufnahmen pro Jahr.

Die Belastung durch Verletzungen sei innerhalb der Region ungleich verteilt, da das Risiko, an den Folgen einer Verletzung zu sterben, im östlichen Teil der Region mehr als acht Mal so hoch sei wie in den westlichen Ländern. Diese Diskrepanz sei in keiner anderen Region der Welt so stark ausgeprägt. Allerdings gebe es in jedem Land insofern einen Zusammenhang mit der Armut, als Kinder aus niedrigeren sozialen Schichten im Vergleich zu Gleichaltrigen aus höheren Schichten ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko trügen, an den Folgen einer Verletzung zu sterben.

Die Kosten von Verletzungen für die Gesellschaft seien beträchtlich. So entstünden dem Gesundheitssektor allein jährlich Kosten in Höhe von mindestens 81 Mrd. €. Zwar werde mit der Kartierung der der Gesellschaft insgesamt entstehenden Kosten gerade erst begonnen, doch kosteten allein Verkehrsunfälle nach Schätzungen ca. 2% des nationalen Bruttoinlandsproduktes. Wenn jedoch alle Länder die

„Sicherheitsleistung“ erzielen, die derzeit von einigen Mitgliedstaaten erreicht werde, könnten zwei Drittel aller unfallbedingten Todesfälle vermieden werden: die Rettung fast einer halben Million Menschenleben wäre die Folge. Es gebe zahlreiche bekannte und kostengünstige Maßnahmen. So könnten durch jeden Euro, der für Kindersitze ausgegeben wird, 32 € eingespart werden. Beim Einsatz von Rauchmeldern betrage die Zahl sogar 69 € und bei Einführung einer generellen Waffenscheinpflicht würde sich für jeden ausgegebenen Euro sogar eine Ersparnis von 79 € ergeben.

Die Vorbeugung gegen Verletzungen müsse zum „Kerngeschäft“ des Gesundheitssektors werden, stelle aber eine gemeinsame Verantwortung für die Gesellschaft dar. Neben seiner traditionellen Aufgabe, für die Opfer zu sorgen, könne der Gesundheitssektor durchaus auch andere Bereiche in die Bemühungen zur Verringerung der Belastung durch Verletzungen einbinden. Selbst übernehmen könne er dagegen andere Funktionen wie die Entwicklung von Forschungs- und Überwachungssystemen und die Thematisierung der Problematik in Politik und Öffentlichkeit. Dabei könnten innerhalb weniger Jahre beeindruckende Ergebnisse erzielt werden, wie die in einem Land erreichte Senkung der Zahl der Verkehrstoten um 24% zwischen 2002 und 2004 beweise.

Ein Mitglied des Ständigen Ausschusses betonte, dass für Lösungen in der komplexen Thematik von Verletzungen und Gewalt die Einbeziehung vieler Sektoren erforderlich sei. Die hohe Zahl vermeidbarer Unfälle stelle eine Belastung für die Ressourcen des Gesundheitssystems dar. Einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, u. a. mit der Europäischen Kommission, der Europäischen Konferenz der Verkehrsminister und der OECD, komme erhebliche Bedeutung zu. Für 2006 sei eine Konferenz zur Prävention von Unfällen geplant, die einen Beitrag zur Bewältigung dieser enormen Aufgabe leisten könne.

In der anschließenden Diskussion begrüßten die Delegierten nachdrücklich die Initiative zu Verletzungen. Ihr Zeitpunkt sei günstig gewählt. Der Handlungsrahmen werde den Politikern dabei helfen, dieses ernste gesundheitspolitische Problem mit Konsequenz und unter Nutzung von Synergieeffekten anzupacken, und so eine optimale Nutzung der Ressourcen gewährleisten. In vielen Mitgliedstaaten nehme die Zahl der Verletzungen zu und das Problem werde als dringlich empfunden.

In sämtlichen Wortmeldungen wurden sektorübergreifende Lösungen als unverzichtbar befürwortet. So müsse eine Vielfalt von Kräften mobilisiert werden, u. a. Polizei und Rettungsdienste, Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung, des Arbeitsschutzes und der sozialen Sicherheit, nichtstaatliche Organisationen (NGO) sowie ein breites Spektrum anderer Gruppen und staatlicher Stellen. Der Themenkomplex Verletzungen müsse in die Strategien der Gesundheitssysteme eingebunden werden. Zahlreiche Verletzungen seien durch Alkohol bedingt, dies gelte insbesondere für häusliche Gewalt und Straßenverkehrstote; daher müssten die nationalen Pläne mit den Strategien zur Bekämpfung von Alkoholmissbrauch kompatibel gemacht werden. Ein Delegierter merkte an, dass sich das Konzept der nationalen Ansprechpartner nicht für sein Land eigne.

Der zentrale Teil der Aktivitäten bestehe aus Präventivmaßnahmen, wobei von einigen Delegierten erfolgreiche Maßnahmen im eigenen Land geschildert wurden, z. B. durch Entwicklung nationaler Pläne zur Verhütung von Unfällen, Beteiligung an dem WHO-Programm „Safe Community“ [dt.: „Sichere Gemeinde“], Strategien zur Bekämpfung häuslicher Gewalt, Einsetzung verschiedener sektorübergreifender Ausschüsse und Zentren und Durchführung lokaler Projekte wie „sicherer Schulweg“. Es gebe eine Vielzahl evidenzbasierter Strategien, die es umzusetzen gelte. Ein Mitgliedstaat habe beispielsweise innerhalb von zehn Jahren eine 40-prozentige Verringerung der Zahl der in Haus und Freizeit erlittenen Verletzungen bei Kindern erreicht.

Einige Delegierte berichteten auch von ihren Erfahrungen mit Investitionen in Berufsausbildung, Ausrüstung und Notfallversorgung für Opfer und hoben die Bedeutung von Versorgungsmaßnahmen vor Ort, also noch vor Ankunft im Krankenhaus, für einen positiveren Ausgang der Verletzungen hervor. In einer Kommune werde derzeit ein Reaktionssystem für die Phase vor der Einlieferung ins Krankenhaus entwickelt. Dabei seien präzise Informationen entscheidend: So habe ein Land in den letzten drei Jahren ein äußerst erfolgreiches zentrales landesweites Unfallregister entwickelt, das von einer Vielzahl von Organisationen genutzt werde, die allesamt ihre Daten beisteuerten.

Es sei wichtig, den Themenkomplex Verletzungen verstärkt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und bestimmte Kommunikationsinstrumente zu entwickeln, die die Länder jeweils an den eigenen Bedarf anpassen könnten.

Es wurde betont, dass Verletzungen einen plötzlichen und unerwarteten Verlust von Menschenleben und für junge Menschen eine lebenslange Behinderung zur Folge haben könnten: der Schaden sei ungeheuer hoch. Die Folgen seien weitreichend – für die Menschen, ihre Familien, die Gesundheitsdienste, die Gesellschaft und die gesamte ökonomische Entwicklung eines Landes. In mehreren Wortmeldungen wurde auf die Bedeutung von Verletzungen für die betroffenen Kinder hingewiesen.

Ein Delegierter schlug vor, einen globalen Fonds zur Bekämpfung von Verletzungen zu schaffen. Es wurde die Ansicht vertreten, eine Verringerung der Zahl der Verletzungen um ein Viertel in den nächsten 20 Jahren könne ein realistisches Ziel für die Region sein. Eine Vorveranstaltung zu der 2006 geplanten Konferenz werde im Oktober 2005 in Griechenland, die bevorstehende Tagung der nationalen Ansprechpartner der Europäischen Region der WHO für die Gewalt- und Verletzungsprävention im November 2005 in den Niederlanden stattfinden.

Ein Vertreter der Europäischen Kommission erklärte, die Kommission bereite eine Mitteilung zur Prävention von Verletzungen und Förderung von Sicherheit vor, die voraussichtlich im Dezember 2005 von einem Vorschlag für eine Empfehlung des Rates begleitet werde. Die Erfassung und Verbreitung von Informationen über Unfälle und Verletzungen sei eine der wichtigsten Möglichkeiten zur positiven Einflussnahme auf politische Entscheidungsträger, Gesundheitsfachkräfte und die Öffentlichkeit. Investitionen zur Verringerung der schweren Belastung durch Verletzungen würden sich vielfach auszahlen.

Die Vertreterin der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) erklärte, der Weltbericht über Gewalt und Gesundheit (2002) biete beeindruckende Erkenntnisse, die das Ergebnis enger Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und Politikern seien. Die Vorbeugung gegen Gewalt gewinne immer mehr an Bedeutung, da auf allen Ebenen eine verstärkte Tendenz zu beobachten sei, Konflikte mit Gewalt zu lösen. Die Medien hätten dazu beigetragen, dass ein Klima der Gewalt zum normalen Bestandteil des Alltagslebens geworden sei. Die geschlechtsbedingte Gewalt habe nicht signifikant abgenommen und müsse offener thematisiert werden. Die Unterstützung für das WHO-Programm habe die Agenda jedoch ein Stück vorangebracht – hin zu einer Welt, in der Gewalt zur Ausnahme werde.

Ein Vertreter der European Child Safety Alliance (ECSA) [dt.: Europäisches Bündnis für die Sicherheit von Kindern] skizzierte die Zusammenarbeit zwischen dieser nichtstaatlichen Organisation und der WHO. Er erklärte, Verletzungen seien die häufigste Todesursache bei Kindern in der Europäischen Region und bildeten ein Querschnittsthema, das eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen vielen verschiedenen Sektoren erforderlich mache. Die ECSA biete fachliche Unterstützung für Länder bei der Entwicklung nationaler Aktionspläne für die Sicherheit von Kindern und betreibe ein Netzwerk mit Schwerpunkt auf den Bereichen Umsetzung und Überzeugungsarbeit; bisher hätten sich bereits mindestens sechs Länder zu solchen Aktionsplänen verpflichtet. Das Endergebnis werde ein sichereres Europa für Kinder, Familien, Gemeinschaften und die Gesellschaft insgesamt sein.

Ein Redner des Hauptbüros der WHO merkte an, dass die Bekämpfung von Verletzungen durch zwei globale Initiativen Auftrieb erhalten habe: ein Programm zur Vorbeugung gegen Unfälle und Verletzungen sei vor fünf Jahren gestartet worden und zwei Jahre später sei der Weltbericht veröffentlicht worden. Die Europäische Region habe als erste ein regionales Programm entwickelt und die nationalen Ansprechpartner zusammengeführt. Die Kompetenzbildung werde von entscheidender Bedeutung sein. Ein paar Wochen zuvor seien neue Erste-Hilfe-Empfehlungen der WHO für die primäre Gesundheitsversorgung veröffentlicht worden und eine CD-Rom mit einem Lehrplan zum Thema Verletzungen und einem 40-Stunden-Modul für alle gesundheitswissenschaftlichen Hochschulen sei nun erhältlich.

Der Direktor, Sonderprogramm Gesundheit und Umwelt, bedankte sich bei den Mitgliedstaaten für ihre großzügige Unterstützung und wies darauf hin, dass eine Senkung der Zahl der Verletzungen bei Kindern

auch dazu beitragen werde, das vorrangige Ziel II des Aktionsplans zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO zu erreichen.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R9.

Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme

(EUR/RC55/9 Rev.1, /Conf.Doc./5 Rev. 1 und /Inf.Doc./1)

Ein Vertreter des SCRC führte in den Tagesordnungspunkt ein und bemerkte, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme ein entscheidendes Gebiet der konzeptionellen Weiterentwicklung innerhalb des Regionalbüros sei. Diese Aktivität erstreckte sich aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in der Region über ein sehr breites Spektrum. Das Thema werde dem Regionalkomitee wegen seines Potenzials für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerungen, denen es diene, und auch wegen der Bedeutung der Gesundheitssysteme für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele und für die Entwicklung von Gesundheitsstrategien vorgelegt. Außerdem lasse sich die Bedrohung durch Krankheitsausbrüche am besten durch internationale Bereitschaftspläne überwinden, die mit wirksamen Gesundheitssystemen entwickelt werden könnten.

Die Direktorin, Abteilung Länderunterstützung, hielt einen Vortrag zu der Thematik, wie wirksame Gesundheitssysteme mehr Menschenleben retten könnten. Sie verwies darauf, dass der Abstand in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen den Industrie- und den Entwicklungsländern der 1950er Jahre durch einen neuen noch größeren Abstand zwischen einzelnen Entwicklungsländern mit sehr hoher Mortalität und den übrigen Ländern mit niedriger Mortalität (Entwicklungs- und Industrieländer) abgelöst worden sei, was darauf deute, dass andere Faktoren als Einkommen eine Rolle spielten. Viele Länder fassten die Europäische Region als reich auf, dabei sei sie die einzige Region, die einen Rückgang in der Lebenserwartung erfahren habe und zwar in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS). Andererseits hätten die Verbesserungen weltweit in Bezug auf die Kindersterblichkeit Vorhersagen auf Grundlage der Einkommensniveaus übertroffen. Die Analyse der variierenden Mortalitätsraten in Entwicklungsländern zeige, dass die Gesundheitsversorgung und kontextabhängige Faktoren in diesen Ländern im Vergleich zu anderen Faktoren eine wichtige Rolle spielten. Dies gelte auch für viele Länder aus dem Westen der Europäischen Region. Technologische Verbesserungen hätten die auf bestimmte Krankheiten zurückzuführenden Sterblichkeitsraten stark verringert, was erneut die Bedeutung wirksamer Gesundheitssysteme unterstreiche, die in ihre weitere Definition Wissen und Technologie mit einschlossen.

Es könne nicht mehr akzeptiert werden, die Gesundheitsdeterminanten auf Armut u. dergl. zu beschränken. Die wirtschaftliche Entwicklung, Demokratie, gesellschaftliche Werte und, besonders wichtig, die Effizienz des Gesundheitssystems wirkten sich allesamt auf die Gesundheitsergebnisse aus. Die Forschung habe gezeigt, dass eingeschränkte Gesundheitssysteme die Umsetzung wichtiger globaler Gesundheitsinitiativen und das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele behindern würden. Daher müssten diese Begrenzungen angegangen werden. Die angeregte Strategie des Regionalbüros zu den Millenniums-Entwicklungszielen und die Dokumente EUR/RC55/9 Rev.1 und EUR/RC55/Conf.Doc./5 Rev.1 zielten darauf ab, die Mitgliedstaaten bei der Bewältigung dieser Herausforderungen zu unterstützen.

Der WHO-Rahmen zur Leistung der Gesundheitssysteme umfasse drei Ziele (Zugewinn an Gesundheit, Niveau und Chancengleichheit; gerechte finanzielle Beiträge mit Schutz vor finanziellen Risiken; Bedarfsgerechtigkeit) und vier Funktionen (Leistungserbringung, Finanzierung, Ressourcenerschließung und Aufsichtsfunktion/Führung). Eine bessere Gesundheit sei das übergeordnete Ziel von Gesundheitssystemen und es werde durch eine Mischung aus Maßnahmen erreicht, die sich auf Einzelpersonen (individuelle Gesundheitsversorgung), Bevölkerungen insgesamt (gesellschaftliche Gesundheitsversorgung), sektorübergreifendes Handeln und weitere Einflussfaktoren (soziale Determinanten) richten würden.

Die Herausforderung bestehe jetzt darin, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten in ihrem jeweiligen Kontext so effektiv wie möglich zu gestalten. Eine einzige Strategie für alle Länder sei daher nicht möglich. Bessere Gesundheit lasse sich durch konkrete nationale Ziele erreichen, wie z. B. eine

verringerte Kinder- und Müttersterblichkeit, die dann in eine Reihe von Zwischenzielen übersetzt würden, wie z. B. eine höhere Impfrate, bessere Versorgung vor und während der Geburt, leichter Zugang zu sicheren Diensten für die Entbindung und bessere Ernährung für Mutter und Kleinkind. Es sei dann erforderlich, über diese vier Funktionen hinweg Reformen zu formulieren, welche am besten an diese Ziele anknüpften. So sei z. B. das wichtigste Hindernis für eine wirksame Umsetzung der Interventionen zur Tuberkulosebehandlung in der Europäischen Region nicht fehlendes Wissen, vielmehr seien die Probleme systematischer Art und erforderten eine koordinierte, multifunktionelle Reaktion.

Das Regionalbüro sei entschlossen, zur besseren Unterstützung der Länder auf dem Gebiet der Gesundheitssysteme einen Ansatz zu verfolgen durch: eine bessere Länderarbeit mit Fokus auf Gesundheitssysteme in vertikal organisierten Programmen, den Aufbau von Partnerschaften mit anderen Akteuren zur Stärkung der Gesundheitssysteme, Nachdruck auf die Unterstützung bestimmter Grundsatzmaßnahmen und Interventionen auf der Grundlage der Erkenntnisse sowie Lernen aus der Praxis auf der Grundlage einer transparenten Überwachung und Auswertung der Reformen.

Der Vorsitzende des Weltbündnisses für Patientensicherheit wies darauf hin, dass die Verbesserung der Patientensicherheit ein Schlüssel zur Stärkung der Gesundheitssysteme sei. Seit 2004, als das Bündnis geschaffen worden sei, hätten Tagungen in fünf der sechs WHO-Regionen stattgefunden. Ca. 140 Mitgliedstaaten, darunter viele aus der Europäischen Region, hätten Interesse an einer Einbeziehung in die Arbeit des Bündnisses zum Ausdruck gebracht. Die Mitgliedstaaten stünden bei der Verbesserung der Patientensicherheit ähnlichen Herausforderungen gegenüber. Das Bündnis habe eine wichtige Aufgabe zu erfüllen, dadurch dass es die Verbesserung der Patientensicherheit global zu koordinieren und zu beschleunigen helfe. Zu dem seit 2004 gemachten Fortschritt gehöre die Formulierung eines Papiers Globale Herausforderung Patientensicherheit, das Maßnahmen der Mitgliedstaaten über einen Zeitraum von zwei Jahren mit sich brächte. Als erste Herausforderung sollten die in der Gesundheitsversorgung entstehenden Infektionen im Oktober 2005 in Genf durch den WHO-Generaldirektor thematisiert werden. Eine internationale Bewusstseinskampagne für Handhygiene solle durchgeführt werden. Die Länder würden dazu aufgerufen, Gelder für Maßnahmen zur Reduzierung der in der Gesundheitsversorgung entstehenden Infektionen zuzusagen und die Ergebnisse untereinander auszutauschen. Die Durchführung der neuen WHO-Leitlinien zur Handhygiene würde in ausgewählten Gebieten weltweit erprobt.

Ein zweites Handlungsfeld des Bündnisses spiegele die wichtige Rolle wider, die Patienten und ihre Angehörigen bei der Verbesserung der Patientensicherheit spielten. Das Bündnis plane im Zusammenhang mit dem Gipfeltreffen zur Patientensicherheit im Rahmen der EU-Präsidentschaft des Vereinigten Königreiches für November 2005 ein Arbeitstreffen zu diesem Thema. Ein drittes Handlungsfeld sei die Arbeit an einer internationalen Taxonomie für Patientensicherheit, welche die Aggregation und Analyse der Daten aus den einzelnen Ländern erleichtere. Weitere Tätigkeitsbereiche seien die Datenerhebung zur Patientensicherheit, insbesondere in Entwicklungsländern, das Aufstellen von Prioritäten für die künftige Forschung, die Verfügbarmachung gesicherter Erkenntnisse über Risikominderung und Erhöhung der Sicherheit in der Gesundheitsversorgung sowie Beiträge zur Entwicklung von WHO-Leitlinien für Meldesysteme zur Patientensicherheit. Über erzielte Fortschritte in all diesen Bereichen werde auf dem zweiten Jahrestag des Bündnisses im Dezember 2005 in Moskau, Russische Föderation, berichtet.

In der sich anschließenden Aussprache begrüßten die Redner und Rednerinnen, dass das Thema Stärkung der Gesundheitssysteme zum rechten Zeitpunkt in das Zentrum der Länderstrategie des Regionalbüros gerückt werde. Mehrere Beispiele von Gesundheitssystemreformen aus der Region wurden angeführt und die Notwendigkeit einer systematischen Herangehensweise wurde unterstrichen. Die zentrale Bedeutung von Informationen, Wissen und Fachunterstützung der WHO für die Umsetzung der Reformen sei anerkannt und auch aus den Erfahrungen anderer Länder könne man lernen. Allerdings, wie in der vom Regionalbüro angeregten Herangehensweise angeregt, solle die Unterschiedlichkeit der Lage in verschiedenen Ländern nicht übersehen werden, eine flexible Herangehensweise sei erforderlich.

In einer Wortmeldung im Namen der nordischen Länder wurde die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bei gleichzeitiger Konzentration auf die primäre Gesundheitsversorgung hervorgehoben. Besonders relevant sei das Thema Gesundheitspersonal auch vor dem Hintergrund des

Vortrags zur Patientensicherheit, dessen Schlussfolgerungen auf alle Länder anwendbar seien. Die Komplexität von Faktoren, die sich auf Gesundheitssysteme auswirken, wurde anerkannt und vor allem die Tatsache, dass viele von ihnen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs von Gesundheitsministerien lägen. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit sei unabdingbar.

Mehrere Redner betonten, dass die WHO eng mit der EU, der OECD, der Weltbank und weiteren internationalen Organisationen im Umfeld von Gesundheitssystemen zusammenarbeiten müsse, insbesondere im Bereich Harmonisierung der Leistungsindikatoren. Der Gedanke einer Konferenz wurde sehr begrüßt, Estland bot sich als Gastgeber an.

Zu den weiteren Themen, die in der nächsten Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa auf dem Gebiet der Gesundheitssysteme zu berücksichtigen seien, zählten Sicherung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Geschlechtergleichheit, Systeme für Wissensmanagement und die Notwendigkeit einer konzertierten Aktion zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Einige Redner wiesen auf die Verbindungen zu den GFA-Zielen und zu einigen der Millenniums-Entwicklungsziele hin und betonten, dass die Klarheit erhalten bleiben müsse. Man sähe gern ein Konzept des Regionalbüros zur weiteren Klärung der Arbeitsmethoden.

Mehrere Delegierte waren der Ansicht, dass die durch das Dokument zur nächsten Phase der Länderstrategie aufgebrachten Themen in der aktuellen Situation von einer solchen Komplexität und Relevanz seien, dass weitere Diskussionen, Debatten und Konsultationen mit den Mitgliedstaaten erforderlich seien, um eine robustere Strategie zu erarbeiten, insbesondere angesichts der Vorbereitungen für die Ministerkonferenz.

Die Vertreterin des Europarates teilte dem Regionalkomitee mit, dass ihre Organisation gegenwärtig eine Studie über Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung durchführe und dass diesbezüglich für Ende 2005 die Annahme einer Empfehlung vorgesehen sei sowie dass eine Studie über Chancengleichheit der Geschlechter beim Zugang zur Gesundheitsversorgung bis Ende 2006 abgeschlossen werde.

Der Direktor der Abteilung Schwerpunkt Länderarbeit des WHO-Hauptbüros sprach von der Bedeutung der Politik der Länderunterstützung und führte aus, dass die Reform und Stärkung der Gesundheitssysteme von den Mitgliedstaaten als die vorrangigen Bedürfnisse genannt worden wären. Dialog und Partnerschaft würden, wenn sie mit angemessenen Kapazitäten in der Organisation und in den Ländern einhergingen, den Erfolg der zweiten Phase der Länderstrategie des Regionalbüros sichern.

Der Direktor der Abteilung für Gesundheitssystemfinanzierung des WHO-Hauptbüros lobte die Initiative, die Gesundheitssystementwicklung mit der Arbeit zur Unterstützung der Länder zu verknüpfen; dies sei eine sehr kraftvolle Herangehensweise des Regionalbüros für Europa. Er erwähnte, dass die WHO, die OECD und die Europäische Kommission sich darum bemühten, ihre Anfragen an die Länder in Bezug auf Gesundheitsinformationen miteinander abzustimmen. Ein wichtiges Ergebnis sei mit der Aktualisierung der Statistiken über die Privatausgaben für Gesundheit in eine Zusammenarbeit zwischen WHO-Regionalbüro und WHO-Hauptbüro sowie anderen Partnern erzielt worden.

Die Direktorin der Abteilung für Länderunterstützung erwiderte, dass das Dokument als Aufruf zur Schaffung einer neuen Initiative gedacht gewesen sei. Die Arbeit an der Strategie werde im Dialog und in Konsultation mit den Mitgliedstaaten innerhalb des Vorbereitungsprozesses für die Ministerkonferenz fortgesetzt.

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R8.

Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO 2006–2015 (RC/2005/2)

Der Beigeordnete Generaldirektor, Allgemeines Management, skizzierte den Prozess für die Ausarbeitung des 11. Allgemeinen Arbeitsprogramms. Dieser Prozess habe im Mai 2004 mit der Billigung der

Entwurfsskizze durch den Exekutivrat begonnen und schließe Konsultationen mit den WHO-Mitgliedstaaten, mit dem WHO-Sekretariat, mit Organisationen der Vereinten Nationen und mit zwischenstaatlichen Organisationen, der Zivilgesellschaft und wichtigen Akteuren ein. Er werde mit der Vorlage des vollständigen Dokuments beim Exekutivrat im Januar 2006 und der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006 enden.

Er beschrieb dann kurz die wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen, die bis dato benannt worden seien als Lücken in der Synergie/Verantwortung (wegen des sektorübergreifenden Wesens von Gesundheit), in der Umsetzung, in der sozialen Gerechtigkeit (Chancengleichheit und Menschenrechte) und im Wissen. Der Zweck der angeregten globalen Agenda für Gesundheit sei es, eine Orientierungshilfe für die Mitgliedstaaten, die WHO und Partner/Akteure für deren Maßnahmen zu geben, die Prioritätsbereiche festzulegen und notwendige Maßnahmen in jedem davon zu erkunden, damit Hindernisse überwunden und Lücken geschlossen sowie das Bewusstsein dafür gefördert werde, wie durch neue und neu belebte Partnerschaften die globalen Gesundheitsbedürfnisse besser befriedigt werden könnten. Er forderte das Regionalkomitee dazu auf, den Entwurf des Allgemeinen Arbeitsprogramms, insbesondere die angeregte globale Agenda für Gesundheit und ihre Bedeutung für die Mitgliedstaaten und die künftige Arbeit der WHO zu kommentieren.

In der sich anschließenden Erörterung begrüßten viele Redner die fortschreitende Arbeit an dem Entwurf des Allgemeinen Arbeitsprogramms. Verschiedene Änderungen wurden vorgeschlagen: Lücken in der Forschung und in der Finanzierung (und in der politischen Entschlossenheit) sollten ebenfalls als Herausforderungen angeführt werden, der Titel des vierten Prioritätsbereichs solle in „Minderung der gesundheitlichen Folgen der Armut“ umbenannt werden und der ihm zugrunde liegende Text sich auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche beziehen. Weitere Informationen zu mehreren Themen wurden verlangt: zum Mechanismus zur Stärkung der Führungsrolle der WHO, zu den gegenwärtig von der WHO nicht ausgeführten Aufgaben (ihren Begrenzungen), zu den Bereichen, in denen sie ihre Tätigkeit ausweiten wolle und zu den neuen Kompetenzen, die erforderlich seien, zu den Konsequenzen der Globalisierung (insbesondere zur Migration von Gesundheitspersonal), zu der Bedrohung durch antimikrobielle Resistenzen, zu der Bedeutung der Patientensicherheit und der Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen, zu dem Potenzial der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie und zur Anwendung des Allgemeinen Arbeitsprogramms und zu seiner Orientierungsfunktion in der Praxis. Es wurde vermerkt, dass auch Länder im Westen der Europäischen Region Probleme damit hätten, die Ausrichtung ihrer Gesundheitssysteme zu bestimmen. Mehrere Redner betonten die Notwendigkeit, dass sich die WHO an den Reformen beteilige, die von den Vereinten Nationen durchgeführt würden, und dass das Allgemeine Arbeitsprogramm gefördert und die Teilhabe der Länder durch einen Konsultationsprozess sichergestellt werden müsse.

Im Namen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), der Beitrittsländer und der Beitrittskandidaten bedauerte ein Redner, dass das Regionalkomitee lediglich die Gelegenheit erhalten habe sich zu einer Kurzfassung zu äußern und dass dies im Widerspruch zu dem stehe, was aufgrund der Erörterungen im Exekutivrat erwartet worden wäre. Für ein besseres Verständnis der Vision und der befolgten Richtung und den damit verbundenen Aktivitäten bat er um weitere Informationen sowie um eine deutliche Erklärung der konkreten Rolle der WHO bei der Erfüllung der angeregten globalen Agenda für Gesundheit. Zwei Themen von besonderem Interesse für die EU seien die Förderung von Partnerschaften bei gleichzeitiger Vermeidung von Doppelungen und Überlappungen mit der Arbeit anderer internationaler Organisationen sowie die Festlegung der Rolle der WHO im Verhältnis zu den Gesundheitsanteilen anderer Politikbereiche wie z. B. des internationalen Handels. Bezugnehmend auf die in der Kurzfassung vorgeschlagenen Prioritätsbereiche regte er an, dass das vollständige Dokument detaillierte Informationen über das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele im Rahmen des Kernauftrags der WHO, über die horizontalen Verbindungen zwischen den einzelnen Prioritätsbereichen (zur Sicherung einer stimmigen Herangehensweise) und über die Prävention und Gesundheitsförderung beigemesene Bedeutung enthalten solle. Weitere Details zu der Finanzierung von Gesundheitssystemen (bei Anerkennung der Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten), zu den Themen Chancengleichheit und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, Einfluss der Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit, Forschung im Bereich Bevölkerungsgesundheit und Geschlechterperspektive wären ebenfalls

zu begrüßen. Die EU-Mitgliedstaaten baten den Regionaldirektor darum, Möglichkeiten für die Konsultation mit ihnen und ihren wichtigsten Partnern (vor allem der Europäischen Kommission) für die weitere Entwicklung des Allgemeinen Arbeitsprogramms zu prüfen.

Ein Redner regte an, dass das Dokument strategischer und mehr auf Aktionen ausgerichtet werde und einen eindeutigen Mechanismus für die Umsetzung und Überprüfung beinhalten solle, wodurch Informationen für eine Aktualisierung verfügbar würden. Angesichts der entscheidenden Rolle der Gesundheitsförderung für die künftige Arbeit der Organisation sei er überrascht, dass diese nicht im Entwurf der Tagesordnung für die Tagung des Exekutivrats im Januar 2006 enthalten sei.

In seiner Antwort dankte der Beigeordnete Generaldirektor dem Regionalkomitee für seine Unterstützung und die sehr hilfreichen Anregungen, welche bei der Überarbeitung des Dokuments berücksichtigt würden. Konsultationen mit Partnerorganisationen fanden in Genf, New York und Washington statt, um gemeinsame Arbeitsbereiche zu erörtern. Er wolle versuchen bei Vorliegen des vollständigen Dokuments eine regionale Konsultation des Allgemeinen Arbeitsprogramms zu organisieren.

Wahlen und Nominierungen

(EUR/RC55/5 Rev.1)

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

Exekutivrat

Das Regionalkomitee beschloss einvernehmlich, dass Dänemark, Slowenien und die Türkei ihre Kandidatur zur Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006 anmelden und sich der Wahl zum Exekutivrat stellen sollten. Das Regionalkomitee vereinbarte ebenfalls einvernehmlich, dass Lettland seine Kandidatur zur Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2006 anmelden sollte, falls die Änderungen der Artikel 24 und 25 der WHO-Satzung vor Eröffnung der Versammlung in Kraft treten.

Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee wählte einvernehmlich Italien, die Niederlande sowie Serbien und Montenegro für drei Jahre von September 2005 bis September 2008 als Mitglieder in den SCRC.

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

Das Regionalkomitee bestimmte einvernehmlich Armenien für drei Jahre, beginnend mit dem 1. Januar 2006, als Mitglied für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen.

Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2006 und 2007

(EUR/RC55/Conf.Doc./9)

Das Regionalkomitee verabschiedete Resolution EUR/RC55/R3 und bestätigte damit, dass die 56. Tagung vom 11. bis 14. September 2006 im Regionalbüro in Kopenhagen stattfindet, und legte das Verfahren fest, nach dem der Ort der 57. Tagung im Jahr 2007 bestimmt wird.

Fachsitzungen

In Verbindung mit der Tagung wurden drei Fachsitzungen durchgeführt: Eine Sitzung zum möglichen Aufbau des rumänischen Gesundheitssystems und dessen Finanzierung wurde vom rumänischen Gesundheitsministerium veranstaltet, zwei weitere zu den Themen Adipositas, Ernährung und körperliche Betätigung sowie zu verstärkter Vorbereitung und Maßnahmen gegen eine Influenzapandemie wurden vom Sekretariat durchgeführt.

Resolutionen

EUR/RC55/R1

Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

erneut erklärend, dass der schädliche Gebrauch von Alkohol eines der großen Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist und dass die höchsten Konsum- und Schadensziffern in der Europäischen Region der WHO auftreten,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC42/R8, mit der es die erste und zweite Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol und die auf der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol im Dezember 1995 im Paris angenommene Europäische Charta Alkohol billigte,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC/R8, mit der es die dritte Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol billigte, und auf Resolution EUR/RC51/R4, durch die es die auf der Europäischen Ministeriellen Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol im Februar 2001 in Stockholm angenommene Erklärung über Jugend und Alkohol unterstützte,

unter Hinweis auf die Resolution WHA58.26 der Weltgesundheitsversammlung zu durch schädlichen Gebrauch von Alkohol verursachten Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit,

aner kennend, dass der durch Alkohol bewirkte Schaden ein paneuropäisches Problem bedeutet mit schwerwiegenden Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit und die menschliche und gesellschaftliche Wohlfahrt, welche Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften und die Gesellschaft insgesamt betreffen; ein Problem, das nach mehr internationaler Zusammenarbeit und der Mitwirkung aller Mitgliedstaaten an kostenwirksamen, angemessenen und umfassenden Antworten verlangt, die die religiösen und kulturellen Verschiedenheiten gebührend berücksichtigen,

in Anerkennung des Vorhandenseins sozioökonomischer und kultureller Unterschiede, spezifischer biologischer und genetischer Eigenschaften und Variationen der psychischen und physischen Gesundheit,

angesichts der Notwendigkeit, das öffentliche Bewusstsein und die politische Entschlossenheit zu wirksamen Maßnahmen für die Bekämpfung der alkoholbedingten Schäden weiter zu fördern und zu stärken,

in Anerkennung der Bedrohung für die öffentliche Gesundheit durch die Faktoren, die die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Alkohol in einigen Mitgliedstaaten erhöht haben,

aner kennend, wie wichtig es ist sicherzustellen, dass eine multidisziplinäre und sektorübergreifende Herangehensweise der tragende Gedanke für die Umsetzung des Handlungsrahmens für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO ist,

sich dessen bewusst, dass die Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Bezug auf den schädlichen Gebrauch von Alkohol bei der Formulierung der Wirtschafts- und Handelspolitik auf nationaler und internationaler Ebene gebührend berücksichtigt werden müssen,

in Anerkennung der Führungsrolle der WHO für die Förderung internationaler Zusammenarbeit zur Umsetzung einer wirksamen und gut fundierten Alkoholpolitik –

1. BEFÜR WORTET den Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region, wie er in Dokument EUR/RC55/11 als Rahmen zur strategischen Orientierung und mit den Grundsatzoptionen

für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region umrissen ist, wobei bestehende politische Verpflichtungen sowie neue Entwicklungen, Herausforderungen und Möglichkeiten für das nationale und internationale Handeln berücksichtigt werden,

2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) den Handlungsrahmen für die Formulierung oder, wo angemessen, für die Neuformulierung ihrer nationalen Alkoholpolitik und ihrer nationalen Aktionspläne zu verwenden,
 - b) die internationale Zusammenarbeit angesichts der wachsenden gemeinsamen und grenzüberschreitenden Herausforderungen und Bedrohungen in diesem Bereich zu verstärken,
 - c) eine sektorübergreifende und auf Erkenntnissen beruhende Herangehensweise zu fördern, die die Notwendigkeit politischer Entschlossenheit und die Wichtigkeit der Bestärkung von Mobilisierung und Engagement der Gemeinschaft und der Zivilgesellschaft bei den zur Verhütung bzw. Verringerung der alkoholbedingten Schäden benötigten Maßnahmen anerkennt,
 - d) eine Politik der Alkoholfreiheit in einer wachsenden Zahl von Umfeldern bzw. Umständen wie Arbeitsplatz, Verkehrswesen insgesamt, Umwelt junger Menschen und Schwangerschaft zu fördern,
3. RICHTET DIE DRINGENDE AUFFORDERUNG an internationale, zwischenstaatliche und nicht-staatliche Organisationen sowie an Selbsthilfeorganisationen, den Handlungsrahmen zu unterstützen und gemeinsam mit den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro für eine maximale Wirkung der Bemühungen in diesem Rahmen um eine Verringerung der negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen des schädlichen Gebrauchs von Alkohol zu arbeiten,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) Mittel zu mobilisieren, damit in Übereinstimmung mit den Zielen des Handlungsrahmens in den Bereichen von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Forschung zu Krankheitsmanagement, Auswertung und Überwachung eine angemessene Tätigkeit in der Region gesichert ist,
 - b) mit den Mitgliedstaaten und Organisationen zusammenzuarbeiten und diese bei ihren Bemühungen um eine Verhütung bzw. Verringerung der aus Alkoholkonsum entstehenden Schäden und damit auch des Ausmaßes der alkoholbedingten Probleme in der Region zu unterstützen,
 - c) weitere internationale Organisation dafür zu gewinnen, ebenfalls die Ziele des Handlungsrahmens für die Alkoholpolitik in der Region zu verfolgen,
 - d) das Europäische Alkoholinformationssystem weiter zu betreiben, zu überprüfen und zu aktualisieren, sodass es den neuen Handlungsrahmen für die Alkoholpolitik in der Region widerspiegelt, und eine juristische Datenbank in das System zu integrieren,
 - e) die Erstellung und Veröffentlichung eines Prüfungsberichts über den Stand und den erreichten Fortschritt bei der Bewältigung der alkoholbedingten Probleme in der Region zu veranlassen, der alle drei Jahre dem Regionalkomitee vorzulegen ist.

EUR/RC55/R2**Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit**

Das Regionalkomitee –

in Anerkennung dessen, dass psychische Gesundheit gegenwärtig für jeden Mitgliedstaat der Europäischen Region eine der größten Herausforderungen ist und dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden grundlegend für die Lebensqualität und Produktivität der einzelnen Menschen, Familien, Gemeinschaften und Nationen sind,

unter Hinweis auf Resolution EB109.R8, die vom WHO-Exekutivrat im Januar 2002 angenommen und von der Weltgesundheitsversammlung durch die Annahme der Resolution WHA.55.10 im Mai 2002 unterstützt wurde und die die Mitgliedstaaten der WHO dazu auffordert, in Rücksprache mit allen Beteiligten im Bereich psychische Gesundheit eine Politik, Programme und Gesetze zu schaffen, die sich auf den aktuellen Wissensstand und die Achtung der Menschenrechte gründen,

unter Hinweis auf unser Bekenntnis zu Resolution EUR/RC53/R4, die das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2003 verabschiedete und in der die Sorge über die in der Europäischen Region nicht abnehmende Last der psychischen Störungen und die fehlende Behandlung vieler Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen trotz der Entwicklung wirksamer Interventionen zum Ausdruck gebracht und der Regionaldirektor darum ersucht wurde, im Januar 2005 in Helsinki, Finnland, eine ministerielle Konferenz zum Thema psychische Gesundheit zu veranstalten –

1. BEGLÜCKWÜNSCHT das Regionalbüro für Europa dazu, in erfolgreicher Partnerschaft mit der Europäischen Kommission und dem Europarat die erste Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit organisiert zu haben,
2. MÖCHTE der finnischen Regierung gegenüber seine aufrichtige Dankbarkeit für das Ausrichten der Ministeriellen Konferenz zum Ausdruck bringen,
3. DANKT den Regierungen Belgiens, Estlands, Frankreichs, Griechenland, Luxemburgs und der Russischen Föderation für das Ausrichten der Vorkonferenzen, die bedeutsam zur erfolgreichen Vorbereitung der Konferenz beitrugen, und der Regierung Belgiens auch dafür, vor der Ministeriellen Konferenz eine Konsultationstagung für Verhandlungen über Erklärung und Aktionsplan ausgerichtet zu haben,
4. UNTERSTÜTZT mit Genugtuung die starke und fruchtbare Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen, darunter solchen, die Betroffene und Betreuende, Gesundheitsfachkräfte und weitere Partner involvieren,
5. BEFÜRWORTET die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit, die bei der im Januar 2005 in Helsinki abgehaltenen Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit angenommen wurde, sowie den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit, dem die Erklärung beipflichtet,
6. STELLT FEST, dass die fünf vorrangigen Aufgaben des kommenden Jahrzehnts darin bestehen:
 - a) das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
 - b) gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können,

- c) umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
 - d) dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
 - e) die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen,
7. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH diese Prioritäten dadurch anzugehen, dass sie:
- a) gemäß der verfassungsrechtlichen Strukturen und der politischen Praxis jedes Landes sowie der nationalen und teilnationalen Erfordernisse, Gegebenheiten und Mittel die Aufgaben übernehmen, zu denen sie sich in der Erklärung bekannt haben,
 - b) sich bis 2010 auf die Etappenziele des Aktionsplans zubewegen,
 - c) für den Bereich psychische Gesundheit eine umfassende Politik entwickeln, umsetzen und stärken, die auf das psychische Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gerichtet sind, indem sie für die zwölf im Aktionsplan benannten Aufgabenbereiche angemessene Maßnahmen verabschieden,
8. ERSUCHT den Regionaldirektor die notwendigen Schritte zu unternehmen um sicherzustellen, dass die Weiterentwicklung und Umsetzung der Politik im Bereich psychische Gesundheit durch das Regionalbüro voll unterstützt und den Aktivitäten und Programmen angemessener Vorrang eingeräumt wird und ihnen geeignete Mittel zur Verfügung stehen, damit sie die Vorgaben aus der Erklärung und dem Aktionsplan dadurch erfüllen können, dass Maßnahmen zu folgenden Themen ergriffen werden:
- a) Partnerschaften, indem die Kooperation mit zwischenstaatlichen Organisationen, u. a. der Europäischen Kommission und dem Europarat sowie nichtstaatlichen Organisationen gefördert wird,
 - b) Gesundheitsinformationen, indem die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung eines Surveillance-Systems für psychische Gesundheit und bei der Erhebung vergleichbarer Daten über die Entwicklung unterstützt werden, wobei Verbesserungen der psychischen Gesundheit und eine Verträglichkeitsprüfung für psychische Gesundheit betont werden,
 - c) Forschung, indem ein Netzwerk von Kooperationszentren im Bereich psychische Gesundheit errichtet wird, das Möglichkeiten für internationale Partnerschaften, qualitativ hochwertige Forschung und Forscheraustausch bietet,
 - d) Weiterentwicklung von Politik und Diensten, indem die Regierungen durch Sachkenntnis unterstützt werden, damit die Psychiatriereform von einer wirkungsvollen Politik getragen wird, zu der die Dienstaugestaltung und Gesetzgebung sowie die Errichtung eines Netzwerks aus nationalen Ansprechpartnern und Sachverständigen gehören,
 - e) anwaltschaftliches Eintreten, indem Strategien und Aktivitäten laufend beobachtet und so beeinflusst werden, dass sie die Menschenrechte und die Integration fördern, Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen abbauen und Betroffene, Betreuende sowie nichtstaatliche Organisationen zu mehr Selbstbestimmtheit befähigen,
9. UNTERSTÜTZT den Umsetzungsplan des Regionalbüros für psychische Gesundheit 2005–2010, der gemäß dem Mandat durch die Mitgliedstaaten bei der Ministeriellen Konferenz in Helsinki einen Rahmen

für die Anstrengungen und Aktivitäten der WHO zur Erreichung der Ziele aus der Erklärung zur psychischen Gesundheit und dem Aktionsplan für psychische Gesundheit bildet und der die dafür benötigten Mittel nennt,

10. ERSUCHT den Regionaldirektor, dem Regionalkomitee regelmäßig über die erzielten Fortschritte zu berichten.

EUR/RC55/R3

Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2006 und 2007

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC54/7,

1. BESTÄTIGT, dass die 56. Tagung vom 11. bis 14. September 2006 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen stattfindet,
2. BESCHLIESST FERNER, dass die 57. Tagung vom 17. bis 20. September 2007 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abgehalten wird, sofern der Regionaldirektor nicht bis zum 1. Januar 2006 die feste Zusage eines Mitgliedstaats für eine Einladung unter akzeptablen Bedingungen erhält; in welchem Fall der Regionaldirektor dem Regionalkomitee auf seiner 56. Tagung dementsprechend Bericht erstattet und dieses den endgültigen Beschluss fasst.

EUR/RC55/R4

Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC48/R5 über die Erneuerung des regionalen Rahmenkonzepts Gesundheit für alle (GFA) für das einundzwanzigste Jahrhundert,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC55/8 zur Aktualisierung des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“,

in Bekräftigung der zentralen GFA-Wertprinzipien und der Notwendigkeit, diese durch eine ethische und auf Werten beruhende Führung mit praktischem Handeln zu verbinden,

feststellend, dass diese Aktualisierung im Sinne von Stimmigkeit mit anderen Konzepten wie den Millenniums-Entwicklungszielen, dem Allgemeinen Arbeitsprogramm der WHO und der Länderstrategie des Regionalbüros für Europa entwickelt wurde,

in Anerkennung des geäußerten Interesses an der Sicherstellung eines kontinuierlichen unbefristeten Prozesses in der ganzen Region, zu dem das GFA-Rahmenkonzept führen soll –

1. BILLIGT die Aktualisierung 2005 des regionalen GFA-Rahmenkonzepts als einen Leitfaden der gesundheitspolitischen Entwicklung in den Mitgliedstaaten,
2. FORDERT die Mitgliedstaaten AUF:

- a) das aktualisierte regionale GFA-Rahmenkonzept, wo angemessen, bei der Erarbeitung und Aktualisierung ihrer nationalen Konzepte, Strategien und Aktionspläne für gesundheitliche Entwicklung zu verwenden,
 - b) sich auf die erneut bestätigten GFA-Wertprinzipien zu berufen und sie zu respektieren und eine Herangehensweise der ethischen und auf Werten beruhenden Führung zu übernehmen, wie sie in der Aktualisierung angeregt wird,
 - c) in ihrem Entscheidungsfindungsprozess, wo angemessen, die Instrumente und die Prüfliste zu verwenden, die in der Aktualisierung vorgeschlagen werden,
 - d) zu dem unbefristeten regionalen GFA-Prozess beizutragen, indem sie dem Regionalbüro mit der GFA-Aktualisierung verknüpfte Fallstudien zur Verfügung stellen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) die Mitgliedstaaten in der Anwendung des GFA-Rahmenkonzepts bei der Aktualisierung der eigenen nationalen Konzepte für die gesundheitliche Entwicklung zu unterstützen,
 - b) für die Weiterverbreitung des aktualisierten regionalen GFA-Rahmenkonzepts an andere internationale Organisationen zu sorgen,
 - c) den regionalen unbefristeten GFA-Prozess durch das Sammeln von Fallstudien und anderen Erfahrungen auf nationaler Ebene sowie durch deren Austausch mit den Ländern anzuleiten,
 - d) dem Regionalkomitee im Jahr 2006 über mit dem WHO-Hauptbüro, der OECD und EUROSTAT koordinierte und möglichst zusammen gemeldete Indikatoren ein Folgepapier vorzulegen, das zur Überwachung der Umsetzung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts in den Ländern verwendet werden kann,
 - e) die Wirkung der Aktualisierung in den Mitgliedstaaten auszuwerten und dem Regionalkomitee im Jahr 2008 für dessen Entscheidung über weitere Maßnahmen einen Sachstandsbericht vorzulegen.

EUR/RC55/R5

Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Berichts des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokumente EUR/RC55/4 und EUR/RC55/4 Add. 1) –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre im Namen des Regionalkomitees geleistete Arbeit,
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der während der 55. Tagung des Regionalkomitees geführten Aussprachen und verabschiedeten Resolutionen fortzusetzen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Vorschlägen und Anregungen Maßnahmen zu treffen, unter voller Berücksichtigung der vom Regionalkomitee auf der 55. Tagung vereinbarten und im Tagungsbericht festgehaltenen Änderungen.

EUR/RC55/R6**Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen**

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolution WHA56.21 über eine Strategie zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC53/R7, in der der Regionaldirektor darum ersucht wurde, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten eine Strategie der Europäischen Region für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorzubereiten und diese dem Regionalkomitee auf dessen 55. Tagung vorzulegen, sowie auf Resolution EUR/RC52/R9 über die Intensivierung der HIV/Aids-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, Resolution EUR/RC54/R3 zum Thema Umwelt und Gesundheit und der Erklärung der Europäischen Region über psychische Gesundheit, Helsinki 2005,

in Anerkennung des durch internationale Menschenrechtsübereinkünfte verbrieften Rechts der Kinder und Jugendlichen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und auf gerechten Zugang zu Gesundheitsdiensten,

in Anerkennung dessen, dass die künftige Gesundheit und der künftige Wohlstand der Region in hohem Maße von den Investitionen zur Förderung der heutigen Kinder und Jugendlichen bestimmt sein werden,

in der Erkenntnis, dass gesunde Kinder bessere Chancen haben, sich zu gesunden Erwachsenen und zu Leistungsträgern bei der Schaffung einer produktiveren Gesellschaft zu entwickeln, und dass sie das Gesundheitssystem in geringerem Maße in Anspruch nehmen werden,

in Anbetracht dessen, dass die Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eng mit der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele verbunden ist,

im Bewusstsein der Tatsache, dass Gesundheit von der natürlichen, wirtschaftlichen, sozialen, familiären und schulischen Umwelt sowie von anderen Bildungseinrichtungen als Schulen ebenso bestimmt wird wie von der Qualität der Gesundheitsversorgung selbst und dass Kinder und Jugendliche eines stützenden und auch die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern fördernden Umfelds bedürfen, um gesund aufwachsen und sich zu gesunden jungen Erwachsenen entwickeln zu können,

eingedenk der zahlreichen Gefahren für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, gegen die keine Gesellschaft, ob reich oder arm, immun ist –

1. VERABSCHIEDET die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) in Übereinstimmung mit der Strategie der Europäischen Region Maßnahmen zur Ausarbeitung und Umsetzung umfassender Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu ergreifen und dabei die jeweils unterschiedlichen epidemiologischen, ökonomischen, sozialen, rechtlichen und kulturellen Gegebenheiten und Gepflogenheiten zu berücksichtigen,
 - b) durch ein engagiertes Eintreten auf höchster politischer Ebene, durch Aufwertung von Programmen, durch Sicherung angemessener staatlicher Mittel, durch Schaffung von Partnerschaften und

durch Aufrechterhaltung der politischen Bemühungen der Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hohe Priorität einzuräumen,

3. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) eine ausreichende und angemessene Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa für die Bemühungen der Mitgliedstaaten um Entwicklung und Umsetzung nationaler Konzepte und Strategien zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, einschließlich durch Mobilisierung von Ressourcen,
 - b) dem Regionalkomitee auf seiner 58. Tagung über Fortschritte und Erfolge bei der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region Bericht zu erstatten.

EUR/RC55/R7

Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen und die *Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents* [dt. Strategische Richtungen für die Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen], die Immunisierung als eine Strategie zur Verminderung der Mortalität und Morbidität von Kindern unter fünf Jahren und als eine Hilfe beim Angehen der Armutprobleme in stark gefährdeten und anfälligen Bevölkerungsgruppen aufzeigen, auf Empfehlungen der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder (2002) und auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA56.20 zur Senkung der globalen Masernsterblichkeit, WHA56.21 über eine Strategie für Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und WHA58.15 zum Entwurf einer globalen Immunisierungsstrategie,

in der Erkenntnis, dass Impfungen eine der kostenwirksamsten verfügbaren Interventionen für die Bevölkerungsgesundheit und dass Impfprogramme seit Jahrzehnten ein integraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsdienste und ein entscheidendes Präventionselement der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region sind,

in der Erkenntnis, dass die Zertifizierung der Region als poliofrei im Jahr 2002 das Ergebnis koordinierter Aktivitäten aller Mitgliedstaaten zur Sicherung eines Impfschutzes für alle Kinder war und dass eine Poliovirus-Überwachung von hoher Qualität aufrechterhalten werden muss, bis Poliomyelitis weltweit für ausgerottet erklärt ist,

in der Erkenntnis, dass der Erfolg von Impfprogrammen zu Errungenschaften in der Krankheitsbekämpfung geführt hat, dass diese jedoch nur erhalten und weiter ausgebaut werden können, wenn den Impfprogrammen weiterhin Aufmerksamkeit und Unterstützung zuteil wird und auch neue Impfstoffe eingeführt werden, soweit wissenschaftliche Erkenntnisse dies rechtfertigen,

im Bewusstsein, dass es stark gefährdete und vulnerable Bevölkerungsgruppen in der Europäischen Region gibt, denen immer noch ein angemessener Impfschutz fehlt, weil der Zugang zur primären Gesundheitsversorgung aus geografischen, kulturellen, ethnischen oder sozioökonomischen Gründen beschränkt ist und auch, weil es ein unbegründetes Misstrauen gegen Impfungen gibt,

in Anerkennung des Rechts der Kinder auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und auf ge- rechten Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie der Notwendigkeit, einen hohen Versorgungsgrad mit

Impfstoffen für Kinder zu erreichen und zu erhalten, damit für den Schutz aller Kinder gesorgt ist und die Krankheitsübertragung unter ihnen minimiert wird,

Kenntnis nehmend davon, dass die Senkung der Masernsterblichkeit das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele weltweit erleichtern wird und dass Röteln eine anerkannte und vermeidbare Ursache schwerer Geburtsschäden sind,

in der Erkenntnis, dass durch die Verwendung kombinierter Masern- und Rötelnimpfstoffe bei Verabreichung zweier Dosen im Rahmen einer Routineimpfung durch Kinderimpfprogramme in der Europäischen Region der WHO Masern und Röteln eliminiert und kongenitale Röteln verhütet werden können, wenn hohe Impfraten erreicht und erhalten werden und wenn anfällige Bevölkerungsgruppen, darunter Frauen im gebärfähigen Alter, gezielt angesprochen werden,

nach Prüfung der Dokumente EUR/RC55/6 zur Europäischen Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und EUR/RC55/7 zur Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) sich zum Erreichen der Ziele der Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention kongenitaler Röteln bis 2010 zu bekennen und ihnen hohen Vorrang einzuräumen,
 - b) Programme für Regelimpfungen anzubieten, die mit Impfstoffen für Kinder eine hohe Impfrate erreichen und erhalten und die sicherstellen, dass alle Kinder, Jugendlichen und Frauen im gebärfähigen Alter gleichen Zugang zu sicheren Impfdiensten von hoher Qualität haben,
 - c) eine hinreichende Überwachung einschließlich der erforderlichen Labornetze für Masern, Röteln, kongenitale Röteln und Poliomyelitis sicherzustellen, damit die Eliminierungsziele erreicht und erhalten werden können,
 - d) wo angemessen, die Veranstaltung einer Impfwoche in der Region zu unterstützen, um Impfen durch Überzeugungsarbeit zu fördern,
 - e) geeignete Partnerschaften einschließlich von Plänen für die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit staatlichen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie weiteren einschlägigen Partnern, darunter dem privaten Sektor und der Industrie, zu fördern, um die Dienste für Regelimpfungen zu stärken und das Erreichen der Eliminierungsziele zu sichern,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
 - a) kooperative Bemühungen mit Mitgliedstaaten, staatlichen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie anderen einschlägigen Partnern zu unterstützen und zu befürworten, damit Mittel zur Stärkung der nationalen Dienste für Regelimpfungen zugesagt werden, damit die Ziele der Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention der kongenitalen Röteln erreicht werden und damit in der Region eine Impfwoche veranstaltet wird,
 - b) den Mitgliedstaaten strategische Orientierung und fachliche Anleitung anzubieten, wie sie in der *Global immunization vision and strategy 2006–2015* [dt. Globale Vision und Strategie für die Immunisierung 2006–2015] skizziert sind, um ihre Fortschritte bei der Stärkung der nationalen Systeme für Regelimpfungen, einschließlich einer Analyse der Gründe für eine unzureichende Impfrate und der Einführung neuer Impfstoffe und Verfahren, und das Erreichen der Eliminierungsziele zu unterstützen,

- c) partnerschaftlich mit anderen WHO-Regionen zusammenzuarbeiten, um die Verständigung und gemeinsame Herangehensweisen, wo angemessen, zur Erreichung der Eliminierungsziele zu erleichtern,
- d) dem Regionalkomitee bei seiner 58. Tagung im Jahr 2008 über die gemachten Fortschritte zu berichten.

EUR/RC55/R8

Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf frühere Resolutionen des Regionalkomitees zur Zusammenarbeit mit den Ländern, insbesondere Resolution EUR/RC50/R5 zur Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“ und den in der WHO-Länderinitiative skizzierten Prinzipien (Dokument EB111/33),

eingedenk der Erörterungen und Stellungnahmen auf der 54. Tagung des Regionalkomitees zur Weiterentwicklung und Stärkung der Wirksamkeit der Länderstrategie im Sinne der Stärkung der Gesundheitssysteme der Länder,

unter Hinweis auf Resolution WHA58.34, in der hervorgehoben wird, dass die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage von Forschungsergebnissen erfolgen sollte, Resolution WHA58.30, in der betont wird, dass für zügige Fortschritte bei der Verwirklichung gesundheitsbezogener Entwicklungsziele, einschließlich derer aus den Millenniums-Entwicklungszielen, ausreichend personell besetzte und effektiv arbeitende Gesundheitssysteme erforderlich sind, Resolution WHA58.33, in der darauf hingewiesen wird, dass die Gesundheitsfinanzierungssysteme Zugang zu den nötigen Leistungen sowie Schutz vor finanziellen Risiken gewährleisten müssen, Resolution WHA57.16, in der die Notwendigkeit hervorgehoben wird, nachhaltige und wirksame Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu ermöglichen, und Resolution WHA57.19 über die internationale Migration von Gesundheitspersonal,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC55/9 Rev.1 „Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme“ –

1. STIMMT ZU, dass:

- a) das Regionalbüro bei seinen Bemühungen um eine Verbesserung der Qualität der von ihm angebotenen Dienste und um ihre Zuschneidung auf die Gesundheitsbedürfnisse der Mitgliedstaaten Fortschritte macht, wie dies vom Regionaldirektor skizziert wurde,
- b) die vom Regionalkomitee auf seiner 50. Tagung gebilligte Länderstrategie jetzt um die Unterstützung der Länder durch das Regionalbüro bei der Verbesserung ihrer Gesundheitssysteme erweitert wird, um die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung ihrer Gesundheitssysteme im Hinblick auf mehr Gesundheit, Chancengleichheit und Bedarfsgerechtigkeit zugunsten ihrer jeweiligen Bevölkerung zu unterstützen,

2. NIMMT Dokument EUR/RC55/9 Rev.1 „Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme“ ZUR KENNTNIS als Rahmen für die Initiative des Regionalbüros auf diesem Gebiet und damit verbundene Arbeiten in den kommenden fünf Jahren in Zusammenarbeit mit Partnern,

3. ERSUCHT die Mitgliedstaaten, an dieser neuen Phase der Länderstrategie mitzuarbeiten, indem sie:

- a) der Qualität und den Fähigkeiten von Humanressourcen sowie anderen Ressourcen, die für das Gesundheitssystem benötigt werden, angemessene Aufmerksamkeit schenken, und ersucht die Mitgliedstaaten, gemäß Resolution WHA58.30 eine Selbstversorgung mit Gesundheitsfachkräften anzustreben,
- b) effektive und qualitativ hochwertige Interventionen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung durchführen, dabei einen unter Gleichstellungsaspekten ausgewogenen Ansatz verfolgen und sektorübergreifende Maßnahmen als integrale Zuständigkeiten des Gesundheitssystems befürworten,
- c) angemessene Finanzmittel auf gerechte Weise mobilisieren und Anreize zur Förderung eines universellen Zugangs schaffen,
- d) ihre von den Werten der WHO und von durch die Mitglieder unterstützten Grundsätzen geleiteten politischen Ziele ausarbeiten und sich dabei von transparenten Überwachungs- und Bewertungsprozessen unterstützen lassen,

4. ERSUCHT den Regionaldirektor,

- a) Schritte zur Mobilisierung der humanen und finanziellen Ressourcen zu unternehmen, die für die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erarbeitung und Umsetzung ihrer Strategien zur Stärkung der Gesundheitssysteme, wie sie in Dokument EUR/RC55/9 Rev.1 beschrieben sind, benötigt werden,
- b) auf der Grundlage eines konsultativen und partizipatorischen Prozesses mit den Mitgliedstaaten unter Sicherstellung der Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Partnerorganisationen im Jahr 2007 oder 2008 eine Europäische Ministerkonferenz zum Thema „Stärkung der Gesundheitssysteme“ zu veranstalten,
- c) dem Regionalkomitee in den Jahren 2007 und 2009 über die Umsetzung der Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme in der Arbeit des Regionalbüros mit den Ländern der Europäischen Region Bericht zu erstatten.

EUR/RC55/R9

Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA49.25 über Prävention von Gewalt als Priorität für die Bevölkerungsgesundheit, WHA56.24 über die Umsetzung der Empfehlungen des Weltberichts Gewalt und Gesundheit, WHA57.10 über Sicherheit im Straßenverkehr und Gesundheit und WHA57.12 über reproduktive Gesundheit und einen Strategieentwurf für beschleunigte Fortschritte bei der Erreichung der internationalen Entwicklungsziele und -vorgaben; auf die Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen 58/289 über die weltweite Verbesserung der Straßensicherheit und auf die Veröffentlichung des Weltberichts zur Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr sowie auf den Bericht des Regionalbüros für Europa *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe* [dt. Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr: eine Gesundheitsperspektive für Europa],

in Anbetracht der in einigen Ländern der Region sogar noch zunehmenden Belastung der Europäischen Region der WHO durch Verletzungen und des dringenden Handlungsbedarfs zugunsten der Bevölkerungsgesundheit, damit das unerbittliche tägliche Leiden und Sterben durch Unfälle und Gewalt abnimmt,

im Bewusstsein, dass die Gegenmaßnahmen der Diversität der Europäischen Region, den Ungleichheiten in und zwischen den Ländern hinsichtlich der Belastung durch Verletzungen sowie den Möglichkeiten Rechnung tragen müssen, die aus der Annahme eines Gesundheitsansatzes entstehen, der ein sektorübergreifendes Handeln fördert, bei dem der Gesundheitssektor eine koordinierende Rolle einnimmt, und aus der Integration von Verletzungsprävention in unterschiedliche politische Maßnahmen inner- und außerhalb der Gesundheitssysteme,

in Anerkennung der umfassenden Arbeit, die die WHO bereits weltweit und in der Europäischen Region zur Verhütung und Bekämpfung von Unfallverletzungen und Gewalt ausgeführt hat, sowie der bestehenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit (beispielhaft durch die Resolution WHA57.12 der Weltgesundheitsversammlung), der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Resolutionen des Regionalkomitees EUR/RC51/R4 und EUR/RC53/R7) und von Umwelt und Gesundheit (Resolutionen EUR/RC49/R4 und EUR/RC/R3) sowie zum Vorgehen gegen den schädlichen Alkoholkonsum (Resolution EUR/RC49/R8),

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC55/10 Verletzungen in der Europäischen Region der WHO: Belastungen, Herausforderungen und Grundsatzmaßnahmen –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
 - a) der Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen hohe Priorität einzuräumen, indem sie nationale Aktionspläne entwickeln und so ihre Anstrengungen zur Umsetzung der bestehenden Resolutionen von Weltgesundheitsversammlung und Regionalkomitee verstärken,
 - b) die Überwachung von Verletzungen auszubauen, um so ein besseres Verständnis der und größere Kenntnis über die mit ihnen verbundenen Belastungen, Ursachen und Folgen zu gewinnen, damit Programme und Investitionen zur Vorsorge, Versorgung und Rehabilitation gezielter eingesetzt und besser mitverfolgt und ausgewertet werden können,
 - c) ihre fachliche Kompetenz und institutionelle Kapazität auszubauen, um das Thema Verletzungen von den Fragen der Prävention über die Traumaversorgung vor und während des Krankenhausaufenthalts bis hin zur Rehabilitation angehen zu können,
 - d) die Umsetzung evidenzbasierter Ansätze der Vorsorge und Versorgung zu fördern, wozu auch das Einrichten wirksamer Verfahren für das Erkennen, Verbreiten und Austauschen beispielhafter Praktiken in und unter den Ländern und Sektoren gehört,
 - e) die Aktivitäten des Verbunds nationaler Ansprechpartner zum Thema Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen eine Bestandsaufnahme zu machen und zu unterstützen, um die Verbreitung und den Austausch von Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen zum Abbau der Belastung durch Verletzungen in der Region zu fördern,

2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
- a) die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um eine bessere Verletzungsprävention und den Entwurf nationaler Aktionspläne zu unterstützen,
 - b) das Erkennen und den Austausch beispielhafter Praktiken bei der Prävention von Gewalt und Unfallverletzungen zu erleichtern,
 - c) den Verbund nationaler Ansprechpartner mit Leben zu füllen und zu unterstützen und die Zusammenarbeit mit anderen einschlägigen Netzwerken aus Sachverständigen und Fachleuten weiter zu entwickeln,
 - d) den Kapazitätsausbau auf fachlicher und konzeptioneller Ebene zu unterstützen, um die nationalen Maßnahmen gegen Verletzungen durch die Einbeziehung von Überwachung, evidenzbasierter Praxis und Evaluation zu stärken,
 - e) Fachunterstützung für eine bessere Versorgung der Unfall- und Gewaltopfer zu liefern,
 - f) eine geeignete Entwicklung der Partnerschaft und Zusammenarbeit mit der Europäischen Union und anderen internationalen Organisationen, insbesondere dem Europarat, der Europäischen Verkehrsministerkonferenz, der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen zu fördern, um der Herausforderung durch Verletzungen aufgrund unterschiedlicher Ursachen besser begegnen zu können.
 - g) dem Regionalkomitee 2008 über den bei der Umsetzung dieser Resolution durch Sekretariat und Mitgliedstaaten erzielten Fortschritt zu berichten.

*Anhang 1***Tagesordnung**

- 1. Eröffnung der Tagung**
 - a) Wahl des Präsidenten, Exekutivpräsidenten, Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und Berichterstatters
 - b) Annahme der Tagesordnung und des Programms
- 2. Ansprache des Generaldirektors**
- 3. Ansprache des Regionaldirektors**
- 4. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben**
- 5. Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**
- 6. Grundsatz- und Fachfragen**
 - a) Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, einschließlich Immunisierung
 - b) Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005
 - c) Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO
 - d) Verletzungen in der Europäischen Region der WHO
 - e) Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme
 - f) Das Elfte Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO 2006–2015
- 7. Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen des Regionalkomitees**
- 8. Geschlossene Sitzung: Wahlen und Nominierungen**
 - a) Nominierung von drei Mitgliedern für den Exekutivrat
 - b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
 - c) Wahl eines Mitglieds für den Ausschuss für Grundsatz- und Koordinationsfragen des Sonderprogramms zur Forschung, Entwicklung und Wissenschaftlerausbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion
- 9. Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2006 und 2007**
- 10. Sonstige Angelegenheiten**
- 11. Annahme des Berichts und Abschluss der Tagung**

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

EUR/RC55/1 Rev.1	Liste der Arbeitspapiere und Hintergrunddokumente
EUR/RC55/2 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC55/3 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC55/4	Bericht des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC55/4 Add.1	Bericht über die fünfte Tagung des Zwölften Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC55/5 Rev.1	Mitgliedschaft in WHO-Organen und -Ausschüssen
EUR/RC55/6	Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
EUR/RC55/7	Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC55/8	Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005
EUR/RC55/9 Rev.1	Nächste Phase der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa: Stärkung der Gesundheitssysteme
EUR/RC55/10	Verletzungen in der Europäischen Region der WHO: Belastungen, Herausforderungen und Grundsatzmaßnahmen
EUR/RC55/11	Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC55/12	Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC55/13	Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa

Informationsdokumente

EUR/RC55/Inf.Doc./1	Die Strategie des Regionalbüros der WHO zu den Millenniums-Entwicklungszielen in Europa
---------------------	---

Hintergrunddokumente

EUR/RC55/BD/1	Bericht zur Alkoholpolitik in Europa: Hintergrundpapier zum Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO
RC/2005/1 (HQ)	Guiding principles for strategic resource allocations
RC/2005/2 (HQ)	Entwurf des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms der WHO 2006–2015: Kurzfassung

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

Doina Lalo
Botschaftsrätin, Botschaft Albaniens in Rumänien

Andorra*Repräsentantinnen*

Montserrat Gil
Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

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

Stellvertreterinnen

Dr. Margarida Coll Armangué
Leiterin, Abteilung für Gesundheitsförderung, -schutz und -planung, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

Rosa Vidal
Sachverständige für epidemiologische Überwachung, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Familie

Armenien*Repräsentanten*

Dr. Norayr Davidyan
Gesundheitsminister

Dr. Tatul Hakobyan
Stellvertretender Gesundheitsminister

Aserbaidshjan*Repräsentant*

Prof. Ali Insanov
Gesundheitsminister

Belgien

Repräsentanten

Dr. Dirk Cuypers
Vorsitzender, Verwaltungsausschuss, Bundesamt für Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Umwelt

Leen Meulenbergs
Beraterin, Internationale Beziehungen, Bundesamt für Gesundheit, Lebensmittelsicherheit und Umwelt

Stellvertreter

Dr. Godfried Thiers
Direktor, Forschungsinstitut für Öffentliche Gesundheit

Machteld Wauters
Internationale Beziehungen, Abteilung Gesundheit, Ministerium der Flämischen Gemeinschaft

Bosnien-Herzegowina

Repräsentantin

Jadranka Kalmeta
Botschafterin, Ständige Vertretung Bosnien-Herzegowinas beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Stellvertreter

Dr. Milan Latinović
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Beraterin

Dr. Šerifa Godinjak
Leiterin, Abteilung Gesundheit, Sozialversorgung und Rentenversicherung, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten in Bosnien-Herzegowina

Bulgarien

Repräsentanten

Prof. Radoslav Gaydarski
Gesundheitsminister

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

Stellvertreterinnen

Dr. Jasmina Mircheva-Sirakova
Leiterin, Büro des Gesundheitsministers

Rumyana Toshkova
Leitende Sachverständige, Direktorat für internationale Zusammenarbeit und europäische Integration, Gesundheitsministerium

Iskra Angelova
Sachverständige, Direktorat für Menschenrechte und internationale humanitäre Organisationen, Außenministerium

Dänemark

Repräsentant

Ib Valsborg
Staatssekretär, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Stellvertreter

Mogens Jørgensen
Abteilungsleiter, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Berater

Marianne Kristensen
Leitende Beraterin, Nationale Gesundheitsbehörde

Dr. Peter Saugmann-Jensen
Nationale Gesundheitsbehörde

Susanne Abild
Abteilungsleiterin, Ministerium für Inneres und Gesundheit

Deutschland

Repräsentanten

Susanne Weber-Mosdorf
Leiterin der Abteilung E, Europäische und Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Udo Scholten
Ständiger Vertreter der Abteilungsleiterin E, Internationale Gesundheits- und Sozialpolitik, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Stellvertreter

Michael Debrus
Referatsleiter im Referat E 15, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Berater

Dr. Christian Luetkens
Unterabteilungsleiter, Hessisches Sozialministerium

Ehemalige Jugoslawische Republik Makedonien

Repräsentant

Prof. Vladimir Dimov
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Tihomir Ilievski
Botschafter, Botschaft der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Makedonien in Rumänien

Beraterinnen

Snezana Cicevalieva
Leiterin, Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Gordana Majnova
Direktorin, Gesundheitsministerium

Aneta Skartova
Stellvertretende Botschaftsrätin, Botschaft der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Makedonien in Rumänien

Estland

Repräsentanten

Jaak Aab
Minister für Soziales

Peeter Laasik
Stellvertretender Minister für Soziales

Beraterin

Triin Habicht
Leiterin, Referat Gesundheitspolitik, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Finnland

Repräsentant

Dr. Kimmo Leppo
Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Stellvertreter

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

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

Taru Koivisto
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Merja Söderholm
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

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

Berater

Prof. Kristian Wahlbäck
Forschungsprofessor, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit

Dr. Juha Teperi
Leiter, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit

Frankreich

Repräsentant

Hervé Bolot
Ambassadeur de France à Bucarest

Stellvertreter

Dr. Jean-Baptiste Brunet
Chef de la cellule des Affaires européennes et internationales à la direction générale de la santé du ministère de la Santé et des Solidarités

Guillaume Delvallée
Direction des Nations Unies et organisations internationales du ministère des Affaires étrangères

Estelle Sicard
Chargée de mission, délégation aux Affaires européennes et internationales du ministère de la Santé et de Solidarités

Isabelle Virem
Conseillère, direction générale de la santé du ministère de la Santé et des Solidarités

François Delahousse
Ambassade de France à Bucarest

Fabrice Desplechin
Ambassade de France à Bucarest

Vincent Goudet
Ambassade de France à Bucarest

Georgien

Repräsentant

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

Griechenland

Repräsentanten

Dr. George Constantopoulos
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Soziale Solidarität

Aiketerini Fameli
Sonderberaterin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Berater

Cosmas Fessas
Wissenschaftlicher Berater, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dr. Dimitrios Efthimiadis
Kardiologe, Nationales Zentrum für Notfallmedizin

Dr. Pavlos Theodorakis
Geschäftsführer, Staatliches psychiatrisches Krankenhaus Chania

Irland

Repräsentanten

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

Brendan Phelan
Principal Officer, Department of Health and Children

Island

Repräsentanten

Jón Kristjánsson
Minister für Gesundheit und Soziale Sicherheit

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

Stellvertreter

Dr. Sigurdur Gudmundsson
Medizinaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Saeunn Stefánsdóttir
Beraterin des Ministers für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Ingimar Einarsson
Direktor, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Ragnheidur Haraldsdóttir
Stellvertretende Ständige Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Vilborg Ingólfssdóttir
Leitende Beamtin für das Pflegewesen, Gesundheitsdirektion

Berater

Helgi Mar Arthursson
Informationsbeauftragter, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Dr. Asgeir Haraldsson
Berater, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Israel

Repräsentanten

Yair Amikam
Stellvertretender Generaldirektor, Information und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Yitzhak Sever
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Italien

Repräsentanten

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

Dr. Stefano Moriconi
Medizinaldirektor, Generaldirektion für Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Kasachstan

Repräsentant

Prof. Aikan Akanovich Akanov
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister

Kirgisistan

Repräsentant

Prof. Mitalip Mamytovich Mamytov
Gesundheitsminister

Kroatien

Repräsentanten

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

Sibila Žabica
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Stellvertreter

Zeljko Kuprešak
Botschafter, Botschaft der Republik Kroatien in Rumänien

Lettland

Repräsentanten

Rinalds Mucinš
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Līga Šerna
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Gesundheitspolitik, Gesundheitsministerium

Berater

Viktors Jaksons
Berater des Direktors, Staatliche Behörde für Gesundheitsstatistik und Medizintechnik

Litauen

Repräsentanten

Prof. Žilvinas Padaiga
Gesundheitsminister

Romalda Baranauskienė
Unterstaatssekretärin, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Viktoras Meižis
Leiter, Abteilung für Auswärtige Angelegenheiten und Europäische Integration, Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentantinnen

Dr. Danielle Hansen-Koenig
Generaldirektorin für Gesundheit

Aline Schleder-Leuck
Leitende Beraterin, Gesundheitsministerium

Malta

Repräsentanten

Dr. Louis Deguara
Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

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

Stellvertreter

Saviour Gambin
Persönlicher Assistent des Ministers für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Monaco

Repräsentantin

Dr. Anne Nègre
Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen, Staatsministerium

Niederlande

Repräsentanten

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

Annemiek van Bolhuis
Direktorin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Stellvertreter

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

Gerda Vrielink
Botschaftsrätin, Ständige Vertretung des Königreichs der Niederlande beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

Peter J.M. Hartog
Leitender Berater, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Norwegen

Repräsentanten

Ole T. Andersen
Stellvertretender Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

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

Stellvertreter

Sveinung Røren
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Bernt Bull
Leitender Berater, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Stein Inge Nesvåg
Berater, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

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

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

Arnhild Haga Rimestad
Projektleiterin, Direktion für Gesundheit und Soziales

Österreich

Repräsentant

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

Stellvertreterin

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

Beraterinnen

Dr. Reinhild Strauss
Sachverständige, Abteilung Öffentliche Gesundheit Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Dr. Alexandra Punzet
Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Polen

Repräsentant

Prof. Miroslaw Wysocki
Stellvertretender Direktor, Nationales Hygieneinstitut

Stellvertreterin

Joanna Mikula
Direktorin, Staatliche Behörde für Alkoholprävention, Gesundheitsministerium

Portugal

Repräsentant

Prof. José Pereira Miguel
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Dr. Maria José Laranjeiro
Fachberater, Gesundheitsministerium

Republik Moldau

Repräsentant

Dr. Valerian Revenco
Minister für Gesundheit und Sozialen Schutz

Beraterin

Lilia Russu
Wirtschaftsberaterin, Botschaft der Republik Moldau in Rumänien

Rumänien

Repräsentanten

Eugen Nicolaescu
Gesundheitsminister

Dr. Vlad Iliescu
Staatssekretär für Europäische Integration, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Ioan Roman
Staatssekretär für Medizinische Hilfe, Gesundheitsministerium

Ervin Szekely
Parlamentarischer Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Cristian Vladescu
Präsident, Staatlicher Krankenversicherungsfond

Berater

Dr. Carmen Angheluta
Stellvertretende Generaldirektorin für Europäische Integration und Internationale Angelegenheiten,
Gesundheitsministerium

Dr. Daniela Manuc
Stellvertretende Generaldirektorin für Europäische Integration und Internationale Angelegenheiten,
Gesundheitsministerium

Dr. Radu Dop
Präsident, Notfallklinik Bukarest

Bogdan Marinescu
Direktor, Panait-Sirbu-Hospital

Adela Neagoe
Stellvertretende Generalsekretärin, Gesundheitsministerium

Florian Stamatian
Direktor, Behörde für öffentliche Gesundheit des Bezirks Cluj

Dr. Raied Arafat
Leiter, Mobiler Notdienst, Tirgu Mures

Ioan Buraga
Stellvertretender Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Prof. Florian Popa
Leiter, medizinische Universität

Dr. Aurelia Marcu
Institut für öffentliche Gesundheit

Adriana Galan
Institut für öffentliche Gesundheit

Dr. Alina Mandroiu
Gesundheitsministerium

Dr. Nicolae Beldescu
Direktor, Institut für öffentliche Gesundheit

Dr. Dana Fărcășanu
Staatliches Institut für Gesundheitsforschung und -entwicklung

Dr. Daniela Georgescu
Ministerium für Verwaltung und Innere Angelegenheiten

Dr. Bogdan Chiritoiu
Staatlicher Berater, rumänische Präsidialverwaltung

Sekretäre

Oana Grigore
Beraterin für öffentliche Beziehungen, Gesundheitsministerium

Adrian Calugaru
Stellvertretender Direktor, Gesundheitsministerium

Dr. Aurora Dragomiristeanu
Medizinische Leiterin, Krankenversicherungen Bukarest

Claudia Dima
Beraterin, Gesundheitsministerium

Bogdana Tudorache
Beraterin des Staatssekretärs, Gesundheitsministerium

Dr. Florin Popovici
Stellvertretender Direktor, Behörde für öffentliche Gesundheit des Bezirks Bukarest

Russische Föderation*Repräsentant*

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

Stellvertreter

Marat Vladimirovich Berdyeu
Erster Sekretär, Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Berater

Dr. Vladislav Remirovich Kuchma
Direktor, Forschungsinstitut für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Russische Akademie für Medizinwissenschaft und Leiter, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Medizinische Akademie I.M. Sechenov, Moskau

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

Dr. Marija Vladimirovna Churilova
Beraterin, Arzneimittelaufsichtsbehörde, Abteilung für Pharmazeutika, Wohlfahr, Forschung und Bildung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

San Marino

Repräsentanten

Dr. Massimo Roberto Rossini
Ministre de la santé et de la sécurité sociale, de la prévoyance, des affaires sociales et de l'égalité des chances

Federica Bigi
Ambassadeur, Représentant permanent de la République de Saint Marin auprès des Nations Unies à Genève et des autres Organisations internationales en Suisse

Schweden

Repräsentanten

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

Andreas Hilmerson
Referent, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Stellvertreter

Birgitta Schmidt
Verwaltungsdirektorin, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Bosse Pettersson
Stellvertretender Generaldirektor, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Ann Gardulf
Leitende Beamtin für das Pflegewesen, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Louise Bermsjö
Programmbeauftragte, Internationale Entwicklungsagentur

Berater

Bengt Linder
Manager, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

Schweiz

Repräsentanten

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

Cornelia Oertle Bürki
Stellvertretende Zentralsekretärin, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Stellvertreter

Giancarlo Kessler
Stellvertretender Leiter der Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Serbien und Montenegro

Representatives

Prof. Tomica Milosavljević
Gesundheitsminister, Serbische Republik

Prof. Miodrag Pavličić
Gesundheitsminister, Republik Montenegro

Stellvertreter

Dušan Crnogorčević
Botschafter, Botschaft Serbien und Montenegros in Rumänien

Prof. Snežana Simić
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Serbische Republik

Dr. Slobodanka Krivokapić
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Republik Montenegro

Slowakei

Repräsentanten

Dr. Alexandra Novotná
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Jan Šoth
Botschafter, Botschaft der Slowakischen Republik in Rumänien

Stellvertreterinnen

Šárka Kováčsová
Direktorin, Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Zuzana Červená
Beraterin, Gesundheitsministerium

Berater

Ján Hovorka
Botschaftsrat, Botschaft der Slowakischen Republik in Rumänien

Slowenien

Repräsentanten

Dr. Andrej Bručan
Gesundheitsminister

Dr. Marija Seljak
Generaldirektorin, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Dr. Vesna-Kerstin Petrič
Untersekretärin, Gesundheitsministerium

Berater

Dr. Božidar Voljč
Direktor, Nationales Bluttransfusionszentrum

Vesna Mitrić
Beraterin, Gesundheitsministerium

Spanien

Repräsentanten

Elena Salgado Méndez
Ministerin für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Juan Pablo García-Berdoy Cerezo
Botschafter, Botschaft Spaniens in Rumänien

Stellvertreter

Dr. Fernando Lamata Cotanda
Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Antonio Morales Piga
Berater, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Cristina Pérez Cánto
Direktorin, Öffentlichkeitsabteilung, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Berater

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

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

Nicolás Díaz López
Assistent des Ministers für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Tadschikistan

Repräsentant

Prof. Nusratullo Faizullaevich Faizullaev
Gesundheitsminister

Tschechische Republik

Repräsentanten

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

Dr. Radek Pech
Botschafter, Botschaft der Tschechischen Republik in Rumänien

Stellvertreter

Prof. Bohumil Fišer
Leiter, Institut für Physiologie, Universität Masaryk

Dr. Kateřina Čihařová
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Pavel Březovský
Leiter, Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Jarmila Pexová
Beamtin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Türkei

Repräsentanten

Prof. Recep Akdağ
Gesundheitsminister

Prof. Sabahattin Aydın
Stellvertretender Untersekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreter

Kamuran Özden
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

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

Dr. Engin Ozkan
Sachverständiger, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsministerium

Ayşegül G. Karaaslan
Botschaftsrätin, Botschaft der Türkischen Republik in Rumänien

Hasan Ersen
Attaché, Botschaft der Türkischen Republik in Rumänien

Turkmenistan

Repräsentant

Byashim Sopiyeu
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Medizin

Ukraine

Repräsentantinnen

Dr. Raisa Moiseyenko
Stellvertretende Leiterin, Abteilung für Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Irina Fedenko
Leitende Sachverständige, Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Ungarn

Repräsentanten

Dr. Gábor Kapócs
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Katalin Novák
Stellvertretende Staatsuntersekretärin, Gesundheitsministerium

Usbekistan

Repräsentant

Dr. Abdunumon Siddikov
Leiter, Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Stellvertreterin

Dr. Klara Yadgarova
Leiterin, Abteilung Gesundheit von Mutter und Kind, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Repräsentant

Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer, Department of Health

Stellvertreter

Dr. Fiona Adshead
Deputy Chief Medical Officer, Department of Health

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

Nick Boyd
Head of International Affairs, Department of Health

Anthony Kingham
Head, International Division, Global Health Team, Department of Health

Beraterin

Lorna Demming
International Business Manager, Department of Health, International Division

Weißrussland

Repräsentantin

Dr. Liudmila Andreevna Postoyalko
Gesundheitsministerin

Beraterin

Tatiana Gennadievna Nikolaenok
Botschaftsrätin, Botschaft Weißrusslands in Rumänien

Zypern

Repräsentanten

Angeliki Tapakoude
Leiterin, Amt für Pflegedienst, Gesundheitsministerium

Dr. Christodoulos Kaisis
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

II. Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission für Europa

Kanada

Thomas Townsend
Botschaftsrat, Gesundheit und Soziales, Kanadische Vertretung bei der Europäischen Union

Vereinigte Staaten von Amerika

David E. Hohman
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten von Amerika beim Büro der Vereinten Nationen und bei anderen Internationalen Organisationen in Genf

III. Beobachter aus Nichtmitgliedstaaten

Heiliger Stuhl

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

IV. Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen

Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)

Peer Sieben
UNFPA-Vertreter für Rumänien

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO)

Tanja Wildemann
Referentin für Lebensmittelstandards und Ernährungsfragen, Subregionales FAO-Büro für Mittel- und Osteuropa

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)

Pierre Poupard
UNICEF-Vertreter in Rumänien

Dr. Sanjiv Kumar
Regionalbeauftragter, Gesundheit und Ernährung

Weltbank

Dr. Armin H. Fidler
Sektionsleiter Gesundheit, Referat Menschliche Entwicklung, Region Europa und Zentralasien

V. Repräsentanten von anderen zwischenstaatlichen Organisationen

Europäische Kommission

Markos Kyprianou
Europäischer Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz

Philippe Brunet
Stellvertretender Leiter, Büro des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz

Fernand Sauer
Direktor, Direktion C – Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Nick Fahy
Stellvertretender Leiter, Referat Gesundheitspolitische Strategie, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Dr. Matti Rajala
Leiter, Referat Gesundheitsfaktoren, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

Zsuzsanna Jakab

Leiterin des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

Europarat

Vera Boltho

Leiterin der Abteilung Gesundheitspolitik und für Teilabkommen im Sozial- und Gesundheitsbereich

VI. Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten*International Association for Maternal and Neonatal Health*

Dr. Augustin Rosca

International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders

Dr. Michael Zimmermann

International Federation of Gynecology and Obstetrics

Professor Virgiliu Ancar

Internationale Kommission für Arbeitsmedizin

Prof. Jorma Rantanen

Internationaler Ärztinnenbund

Dr. Dorothy Ward

Internationaler Frauenrat

Dr. Laura Finne-Elonen

Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie

Boris Azais

Internationaler Verband der Pharmaziestudenten

Katja Hakkarainen

Anca Pop

Ioana Stupariu

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN)

Gabriela Bocec

Weltdachverband der Medizinstudentenorganisationen

Vlad Gavrilă

Jana Kammeyer

VII. Beobachter

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO

Lis Wagner

European Child Safety Alliance

Joanne Vincenten

Globaler Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Dr. Valery Chernyavskiy

Patricia Kehoe

Ständiger Ausschuss der Krankenschwestern/Krankenpfleger der EU

Paul De Raeve

*Anhang 4***Ansprache des WHO-Generaldirektors**

Herr Vorsitzender,
verehrte Ministerinnen und Minister, Herr Kyprianou, Europäischer Kommissar und Dr. Gezairy,
werte Delegierte,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Am vergangenen Freitag haben einige der hier in diesem Saal vertretenen Regierungen die International Financing Facility for Immunization – IFFIm [dt.: Internationale Finanzierungshilfe für Impfung] auf den Weg gebracht. Ein Eckstein der Millenniums-Entwicklungsziele ist die Verpflichtung zur Verringerung der Kindersterblichkeit um zwei Drittel bis zum Jahr 2015. Bis zu jenem Tag in London stand noch die Frage im Raum, wie diese Verpflichtung finanziert werden sollte. Jetzt haben wir einen Teil der Antwort. Allerdings besteht die Bedeutung von IFFIm nicht nur in dem Umfang ihrer Finanzierung (ca. 4 Mrd. US-\$ in den kommenden zehn Jahren). Sie geht auch über den großen Anstieg der Zahlen derjenigen hinaus, die durch Impfung geschützt werden können, oder über die der Kinder, die vor einem Tod durch Durchfall- oder Atemwegserkrankungen gerettet werden, wo neue Impfungen gegen Rotaviren und Pneumokokken eingesetzt werden. Die IFFIm ist aus all diesen Gründen wichtig, aber eben auch deshalb, weil sie ein massives vereintes Engagement für den Gesundheitsschutz ist. Das Ziel einer sicheren Gesundheit mit all den damit verbundenen Vorteilen für unsere Gesellschaften hat uns alle hier heute zusammengebracht. Ihre Fähigkeit zur Zusammenarbeit untereinander und mit allen Ansprechpartnern aus anderen Bereichen ist für die Bewältigung der aktuellen Gesundheitsgefahren entscheidend.

Wirksame Frühwarn- und Schutzmaßnahmen sind für die gesundheitliche Sicherheit von grundlegender Bedeutung. Gesundheitssysteme müssen zur prompten Aufdeckung und Reaktion in der Lage sein. Die Erfahrungen mit Naturkatastrophen in Rumänien und anderswo (Bulgarien, Deutschland, Österreich, Republik Moldau, Schweiz usw.) zeigen uns, wie lebenswichtig es ist, bei schnellen Gegenmaßnahmen die richtigen Ressourcen am rechten Ort verfügbar zu haben. Und das betrifft nicht nur die unmittelbare Krise, sondern auch die sich anschließenden Folgen für die Bevölkerungsgesundheit.

Seit 1968 waren wir einer Influenzapandemie nicht mehr so nahe wie heute. Es gibt deutliche Warnzeichen. Die Vogelgrippe ist in den Geflügelbeständen in einigen Teilen Asiens bereits stark verbreitet. Ende Juli dieses Jahres wurde das Virus hierher getragen und Ausbrüche in Geflügelhaltungen und in Wildvogelbeständen wurden aus der Russischen Föderation und aus Kasachstan vermeldet.

Bislang wurden 112 humane Fälle aus den folgenden vier Ländern bestätigt: Kambodscha, Indonesien, Thailand und Vietnam. 57 dieser Fälle endeten tödlich. Glücklicherweise ist das Virus bislang nicht leicht von Vögeln auf den Menschen übersprungen und hat sich auch nicht leicht von Mensch zu Mensch verbreiten können. Doch die geografische Verbreitung des Virus erhöht die Ansteckungsgefahr für Menschen. Und dadurch kann das Virus umgekehrt auch ansteckender werden.

Die WHO hat in jüngerer Zeit Leitlinien entwickelt und verbreitet, die den Ländern bei einer effektiven Vorbereitung auf eine Pandemie helfen sollen. Sie unterteilen die zu ergreifenden strategischen Maßnahmen in drei Phasen. Was wir jetzt, in der Phase vor Beginn der Endemie, erreichen müssen, ist eine Verringerung der Ansteckungsgefahren für Menschen und eine Stärkung des Frühwarnsystems. Diese taktische Reaktion muss mit den bestmöglichen medizinischen Vorsichtsmaßnahmen einhergehen.

Durch den rapiden Einsatz von Mitteln und Ressourcen können Ausbrüche in einem frühen Stadium eingedämmt werden. Das führt zur Verfügbarkeit von Mitarbeitern in der Gesundheitsversorgung, von Antiviralia wie Tamiflu, von Influenzaimpfstoffen und anderen Maßnahmen wie der Schaffung von Quarantäne-zonen und der Schließung von Schulen und anderen öffentlichen Begegnungsstätten.

Um mit der Pandemie fertig zu werden und die Öffentlichkeit über entsprechende Gegenmaßnahmen aufzuklären, ist geschultes Personal des Gesundheitswesens erforderlich.

Eine schnelle Erhöhung der Produktionskapazität im Impfstoffbereich insgesamt ist sowohl in den Entwicklungs- als auch in den Industrieländern erforderlich. Wir wissen, dass die Nachfrage das Angebot weit übersteigt. Wir müssen daher Wege finden, diesen Engpass zu umgehen und die Impfstoffherstellung auszudehnen. Gegenwärtig gibt es in weniger als zehn Ländern Impfstoffhersteller, die sich an der Arbeit für einen Pandemieimpfstoff beteiligen.

Ärmere Länder werden sich nicht so effektiv schützen können wie die reicheren. In der Vergangenheit erhielten die Entwicklungsländer in der Regel Impfstoffe erst, nachdem die Pandemie vorüber war. Das darf sich nicht noch einmal wiederholen. Wir haben hier die Chance, unseren Idealvorstellungen einer Gesundheit für alle gerecht zu werden. Wir müssen nach Kräften sicherstellen, dass es ein ausreichendes Angebot an Arzneimitteln und Impfstoffen für jeden gibt.

Eine massive internationale Zusammenarbeit ist jetzt erforderlich, um die Anlegung globaler Vorräte an Antiviralen und die Entwicklung von Pandemieimpfstoffen voranzubringen. Entschiedenes Handeln der Geber und internationalen Partner ist jetzt erforderlich, um den betroffenen Ländern bei der Begrenzung eines Ausbruchs der Vogelgrippe und der Verminderung des Risikos für den Menschen zu helfen.

Die Planung der Gegenmaßnahmen aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit geht über die unmittelbaren medizinischen Bedürfnisse hinaus und schließt auch die politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen und Auswirkungen mit ein. Für die von uns vorhergesehene Pandemie ist noch ein weiterer Aspekt wichtig: In ihrem gegenwärtigen Entwicklungszustand verfügt das H5N1-Virus über ein gewaltiges potenzielles Reservoir in Tieren. Über 140 Mio. Vögel sind bereits getötet worden, womit nach Schätzungen wirtschaftliche Verluste in Höhe von zwischen 9,7 und 14,6 Mrd. US-\$ verbunden sind.

Die Schrecken der Massenschlachtung von Geflügel sind hier bereits wohl bekannt und ebenso die sozialen und finanziellen Folgen, die sich aus dem Verlust des Lebensunterhalts, den Quarantänemaßnahmen und der Marktverwerfungen ergeben. Wir müssen über Anreize für Geflügelhalter nachdenken, die sie zur Zusammenarbeit im Falle von Ausbrüchen motivieren. Sie werden Unterstützung und Entschädigung benötigen. Selbst die bislang getroffenen Maßnahmen des Schutzes von Geflügel vor möglichem Kontakt mit infizierten Wandervögeln haben bereits erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. Doch so abschreckend die Verluste auch für diejenigen sein mögen, die dazu gezwungen sind, ihre Tierbestände zu töten, so ist doch Untätigkeit in der Hoffnung, das Schlimmste werde nicht eintreten, keine gangbare Alternative.

Dies ist der entscheidende Moment für Sie, die für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen in Ihren Ländern, einen entschlossenen Informationsaustausch mit ihren Ansprechpartnern für Landwirtschaft, Finanzen, Bildung und Industrie in Gang zu bringen und strategisch zu planen. Sehr geehrter Herr Kommissar Kyprianou, ich begrüße Ihre heutige Anwesenheit sehr und möchte Sie bitten, diese Botschaften an Ihre Kollegen in Brüssel zu überbringen. Wir müssen die künftig erforderlichen Kommunikationsebenen und die Koordinierung schnell entwickeln und den chancengleichen Zugang zu lebensrettenden Impfstoffen und Arzneimitteln sicherstellen. Ich würde die Gelegenheit zu einem Treffen mit Ihnen begrüßen, um diese Sache voranzubringen.

Universeller Zugang ist ein zentrales Ziel in unseren Bemühungen, Krankheit zu bekämpfen. Die Initiative „3 bis 5“ hat erstmals ein globales Bewusstsein dafür gefördert, dass der Zugang zu Arzneimitteln nur für diejenigen möglich ist, die es sich leisten können. Die G8-Gruppe hat vor kurzem in Gleneagles ein noch ehrgeizigeres Ziel aufgestellt. Dieses lautete „ein möglichst weltweiter Zugang zur Behandlung bei AIDS bis zum Jahre 2010“. Zugang für jeden zu der benötigten Behandlung wird heute nicht nur als absolut notwendig für mit HIV lebende Menschen anerkannt, sondern ist auch durchaus möglich, wenn alle ihren Beitrag leisten.

Krankheitsausbrüche in einem Land gehen jeden etwas an. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 erkennen dies an. Es wird immer wichtiger, die Informationen und Aktivitäten zur Krankheitsprävention und -bekämpfung zu koordinieren. Sie tun dies bereits erfolgreich auf verschiedenen Gebieten mit ihren engen Nachbarn in der Region Östlicher Mittelmeerraum. Ich bin hoch erfreut, deren Regionaldirektor, Herrn Dr. Gezairy, hier heute unter uns zu sehen. Ihre Anwesenheit hier ist ein Zeugnis der Entschlossenheit zur Koppelung unserer Bemühungen.

Unsere Arbeit auf dem Gebiet von Polio ist hierfür ein gutes Beispiel. Die Europäische Region ist bereits als frei von Polio zertifiziert worden. Doch Ihre Nachbarregionen Östlicher Mittelmeerraum und Afrika haben noch immer mit der Übertragung und sogar mit der Reinfektion zu kämpfen. Es ist entscheidend, einen hohen Impfschutz der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und die Krankheit scharf zu überwachen, um das Risiko einer Einschleppung von Polio zu verringern. Die Ressourcen zur Aufrechterhaltung dieser Schutzbarrieren werden nicht allein für Polio, sondern für alle möglichen Ausbrüche von Krankheiten und Infektionen benötigt. Ein zügiger Informationsaustausch spielt hier eine wesentliche Rolle. Gleiches gilt für die Anerkennung, dass die Erfolge eines Landes uns allen zugute kommen. Die großzügige finanzielle Unterstützung durch die europäischen Regierungen zur Vollendung der Aufgabe und zur Absicherung der bereits getätigten Investitionen ist ein wesentlicher Teil der globalen Anstrengung und ich möchte hier die 6 Mio. £ würdigen, die die Regierung des Vereinigten Königreichs zur Verfügung gestellt hat. Der aktuelle Kampf gegen die Tuberkulose (Tb) würde von einem ähnlichen Engagement profitieren. Die Tb-Krankheitslast in den Ländern Osteuropas und Zentralasiens trägt signifikant zur globalen Belastung durch Tb bei. Die Bekämpfung wird von mehreren Seiten bedroht, von der Multiresistenz und der HIV-Koepidemie.

Die Verletzlichkeit der jungen Menschen gibt besonderen Anlass zur Sorge. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist in dieser Hinsicht eine exzellente Initiative. Ich begrüße besonders ihre Schwerpunktlegung auf die Stärkung der nationalen Impfsysteme durch die Arbeit zur Eliminierung von Masern und Röteln.

Unsere gegenwärtige soziale und kulturelle Umwelt führt zu inakzeptablen gesundheitlichen Konsequenzen. Adipositas greift um sich und damit die Raten chronischer Krankheiten wie Diabetes. Europa verzeichnet immer noch den höchsten Alkoholkonsum in der Welt, wobei das Rauschtrinken sowohl im Osten wie im Westen zunimmt. Es gibt keine einfachen Lösungen zur Änderung dieses Verhaltens mit seinen tödlichen Auswirkungen.

Normales Risikoverhalten von Jugendlichen führt unter dem Einfluss von Drogen und Alkohol – oder von beiden – zu lebensbedrohendem Verhalten wie Alkohol am Steuer und ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit infizierten Partnern. Die Anzahl der mit HIV lebenden Menschen in Osteuropa ist in wenigen Jahren rapide angestiegen, den schnellsten Anstieg verzeichnete die Ukraine, die größte Epidemie insgesamt die Russische Föderation. 80% aller mit HIV lebenden Menschen sind unter 30 Jahre alt. Die Epidemie ist am stärksten auf intravenös konsumierende Drogenabhängige konzentriert. Junge Menschen stellen die größte Gruppe unter den infolge injizierenden Drogengebrauchs neu mit HIV infizierten Personen. Die sexuelle Übertragung von HIV nimmt zu, ebenso die Komorbidität mit anderen sexuell übertragenen Infektionen und mit Tb.

Europa verzeichnet weltweit mit die höchsten Verletzungsraten durch Straßenverkehrsunfälle und zwischenmenschliche Gewalt. Alkohol trägt als ein Faktor zu beiden bei. Insgesamt steht er für über 10% der Krankheitslast in Europa. Das ist mehr als doppelt so viel wie der weltweite Durchschnitt. Bei der Debatte über diese extrem schwierigen Themen stehen Sie an vorderster Front.

Die Europäische Region hat auch weltweit eine der niedrigsten Verletzungsraten. Einige dieser Erfolge lassen sich durchaus wiederholen: Ich denke hier an die Verwendung von Sicherheitsgurten, an die Bemühungen zur Bekämpfung von Geschwindigkeitsüberschreitungen und an Programme zur Vorbeugung gegen Kindesmissbrauch durch Hausbesuche sowie Programme zur Prävention von Gewalt gegen Frauen durch Förderung der Gleichstellung der Geschlechter. Ihre Erfolge sind auch Musterbeispiele für multi-sektorale Zusammenarbeit, wissenschaftliche Strategien auf der Grundlage solider Datenerfassung und

-auswertung, den Wert von Angeboten für die Opfer sowie für Maßnahmen zur Bekämpfung der eigentlichen Ursachen von Gewalt und Missbrauch.

Die unbequeme Wahrheit lautet, dass wir viele der Faktoren, die einen wesentlichen Einfluss auf gesundheitliche Ergebnisse haben, nicht unter Kontrolle haben. Wir müssen uns in aller Ehrlichkeit eingestehen, wie sehr sich das Profil von Gesundheit verändert hat und welche Auswirkungen dies zwangsläufig auf unsere eigene Rolle und Verantwortung hat. Diese Überlegungen bilden die Grundlage für unsere strategische Planung für die nächsten 10 Jahre. Es bestehen erhebliche Defizite in Bezug auf unsere Fähigkeit – oder Bereitschaft – zur Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortung bei der Veränderung dieser Resultate.

Doch es gibt auch noch weitere Defizite: hinsichtlich der Funktionsweise der Systeme, der Art, wie wir die gewonnenen Erkenntnisse nutzen, sowie der Art, wie wir Aspekte der Gerechtigkeit, der Menschenrechte und der Gleichstellung der Geschlechter in unsere Arbeit einbeziehen. Diese Gesamtperspektive bestimmt den Ansatz und die Planung für unsere Arbeit. Für die kommende Woche liegt der Entwurf für ein anspruchsvolles Allgemeines Arbeitsprogramm vor uns. In diesem Dokument, das Sie durchlesen und diskutieren werden, wird eine globale Agenda skizziert und die Aussage vertreten, dass in Zukunft für den Bereich der öffentlichen Gesundheitspolitik ein breiteres Mandat in Form von konstruktiven und zielgerichteten Beziehungen auch mit Akteuren außerhalb des herkömmlichen Gesundheitssektors erforderlich sein wird.

So wurden etwa mit der Behandlung von Patentrechtsfragen gesundheitspolitische Belange unmittelbar zum Gegenstand hochrangiger internationaler Handelsgespräche. Auf der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass bilaterale Freihandelsabkommen zu einer Einschränkung der Flexibilität führen könnten. Diese Themen erfordern ein spezifisches Sachwissen, über das die WHO – und das Gesundheitswesen allgemein – bisher nicht verfügten. Diese Art von Sachwissen wird nun zunehmend zum Bestandteil unserer fachlichen Unterstützung für diejenigen Länder, die solche Vereinbarungen abschließen möchten. So wächst heute beispielsweise in Estland und Lettland die Zahl der Patienten, die ARV-Behandlung benötigen. In diesen Ländern gilt es nun, die bestehenden Optionen für die Bereitstellung von ARV-Behandlung durch Senkung der Preise und Überprüfung der patentrechtlichen Fragen zu prüfen, dabei jedoch im Rahmen der EU eingegangene Verpflichtungen zu beachten.

Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ist ein positives Beispiel dafür, wie wir bei der Bekämpfung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einen internationalen Konsens finden und gemeinsam auf Lösungen hinarbeiten können. Ich möchte all denjenigen unter den hier vertretenen Ländern danken, die das Übereinkommen bereits ratifiziert haben. Die erste Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Tabakrahmenübereinkommens findet im Februar 2006 statt. Ich appelliere dringend an all diejenigen unter Ihnen, die bisher noch nicht unterzeichnet oder ratifiziert haben, dies nachzuholen.

Die Annahme der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 durch die Weltgesundheitsversammlung in diesem Jahr war auch ein historischer Schritt hin zu einer Verbesserung der Gesundheitssicherheit und der globalen Abstimmung auf diesem Gebiet. Dieses Rahmengerüst gibt die Strukturen vor und bestimmt die Erwartungen für eine bessere Zusammenarbeit und Kommunikation. Sie, die Sie in diesem Saal versammelt sind, können diese auf dem Papier stehenden Vereinbarungen mit Leben erfüllen. An der Bedrohung der Gesundheitssicherheit durch die globale Umwelt wird sich nichts ändern, solange wir nichts daran ändern. Die Herausforderungen liegen deutlich vor uns. Ich wünsche Ihnen bei Ihren Beratungen in dieser Woche viel Erfolg.

Ich danke Ihnen.

*Anhang 5***Ansprache des WHO-Regionaldirektors für Europa**

Herr Präsident, meine Damen und Herren Delegierten der 55. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, Vertreter der Mitgliedstaaten und anderer Organisationen. Liebe Gäste und Freunde, Herr Dr. Lee, WHO-Generaldirektor, Herr M. Kyprianou, Europäischer Kommissar, und mein Kollege Dr. Gezairy, Regionaldirektor der Region östlicher Mittelmeerraum.

Es ist mir eine Ehre Ihnen, wie schon in den letzten sechs Jahren, den Bericht über die Arbeit des Regionalbüros vorzulegen, der sich diesmal auf die Arbeit seit September 2004 bezieht.

Auch dieses Jahr wurde die Arbeit der WHO durch das Programm bestimmt, das Sie für den Zeitraum 2004–2005 angenommen hatten, sowie durch die Anregungen und Empfehlungen, die Sie auf früheren Tagungen des Regionalkomitees machten. Wir sind auch durch die Vision von der Entwicklung des Büros gebunden, die ich für meine Wiederernennung vorgelegt hatte. Deren Ziel ist es, das Büro im Laufe der fünf Jahre meines Mandats zu einer modernen, glaubwürdigen, anerkannten Organisation zu machen, die auch die Fähigkeit zur Anpassung an Veränderungen in der Region besitzt.

Was uns aber noch grundlegender leitet ist der Kern unserer Mission, wie sie in der im Jahr 2000 angenommenen Strategie des Regionalbüros enthalten ist: die Dienste des Büros an die Bedürfnisse der Länder anzupassen. Auch müssen wir diese Bedürfnisse kennen und deuten. Daher auch die Bedeutung, die wir der Forschung und der Anwendung von Erkenntnissen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zumessen. Die der Veröffentlichung des Europäischen Gesundheitsberichts gewidmete Arbeit, der Ihnen heute vorliegt, hat auch zu unserer Kenntnis der Lage in den Ländern der Region beigetragen.

Daher werde ich mich bei der Vorlage meines Berichts an dieses Leitmotiv, die Antwort auf die Bedürfnisse der Länder und an die von mir gerade genannten Themen, halten.

Auf die Bedürfnisse der Länder zur Lösung von Gesundheitskrisen reagieren

Auf die Bedürfnisse der Länder zu antworten heißt, sie zu unterstützen und ihnen zu helfen, mit Gesundheitskrisen fertig zu werden, die sich leider in der Welt häufen und auch unsere Region nicht aussparen.

Tsunami und Überschwemmungen

Ich beginne mit der Katastrophe, die uns alle zum Jahreswechsel 2004/2005 erschütterte: Das Seebeben, welches in Asien einen Tsunami auslöste. Sobald uns die Nachricht davon erreichte, habe ich dem Regionaldirektor Dr. Samlee unsere Unterstützung angeboten. Mitglieder des Regionalbüros schlossen sich den dortigen Hilfteams der WHO an.

Wir haben auch zur Koordinierung der Maßnahmen der Länder der Europäischen Union (EU) beigetragen, die auf Bitten Luxemburgs, das damals den EU-Ratsvorsitz innehielt, erfolgten. Erlauben Sie mir, gegenüber den Aktivitäten dieses Landes und des Gesundheitsministers Mars di Bartolomeo meinen Respekt bezeugen.

In diesem Sommer wurde dann auch diese Region von zahlreichen fatalen Katastrophen heimgesucht, die neben dem unmittelbaren menschlichen Leid auch eine Belastungsprobe für die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder bedeuteten.

Unser heutiger Gastgeber Rumänien hatte in diesem Sommer unter schweren Überschwemmungen zu leiden. Das Gleiche trifft zu auf Bulgarien, Deutschland, Kirgisistan, Österreich, Republik Moldau, Schweiz und Tadschikistan. Wir erinnern uns auch alle noch an die Erdbeben in der Türkei und die Brände

in Portugal. In jedem dieser Fälle hat das Büro seine Hilfe angeboten und den Regierungen sein Know-How zur Verfügung gestellt, welches leider auf reichen Erfahrungen in diesem Bereich beruht.

Die Häufung von Katastrophen hat uns zu einer Stärkung unserer humanitären Hilfsprogramme veranlasst. Außer an Fachpublikationen über Klimawandel, Gesundheitsfolgen von Überschwemmungen und Krisenkommunikation arbeiten wir auch an sehr konkreten Empfehlungen, zu denen auch Notfallübungen und die Überprüfung der Anpassungsfähigkeit gehören.

Das Reagieren von Fall zu Fall reicht allerdings überhaupt nicht aus. Es ist unabdingbar, dass wir ein schnelles Reaktionsvermögen aufbauen und die Systeme an die per Definition und von Natur aus unvorhersehbaren und sehr unterschiedlichen Krisensituationen anpassen.

Die Vorbereitung der Gesundheitssysteme auf die Gesundheitskrisen ist im Bereich der Bevölkerungsgesundheit zu einer unausweichlichen Priorität geworden.

Grippe

Das Konzept der schnellen und angepassten Antwort leitet unsere Arbeit mit dem WHO-Hauptbüro und den anderen Regionen zur Vorbereitung der Reaktion auf die mögliche Influenzapandemie, welche die Welt beunruhigt.

In der gleichen Perspektive ist auch unsere Zusammenarbeit mit der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Kommission, dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, dem Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) zu sehen. In sechs Ländern der Region wird die praktische Erprobung des Ernstfalls vorbereitet. Ein Koordinierungstreffen nicht nur der EU-Mitgliedstaaten sondern aller 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region ist für Oktober in Kopenhagen geplant.

Unser Hauptziel ist ein verlässlicher nationaler Plan für jedes Land, der auch mit den Plänen der anderen Länder der Region kompatibel ist. Wir wollen auch darauf achten, dass die Strukturen für Überwachung und Gegenmaßnahmen gut funktionieren können.

Nach unseren letzten Informationen gibt es in der Region keinen Fall einer menschlichen Erkrankung an Vogelgrippe und im Falle der erkrankten Tiere in der Russischen Föderation und in Kasachstan handelt es sich um geografisch begrenzte Gebiete. Die betreffenden Regierungen überwachen diese Zone in Zusammenarbeit mit der FAO und der OIE. Diese Bemühungen sollen das Risiko einer Übertragung auf den Menschen minimieren.

Wir müssen also wachsam bleiben. Bei Ausbruch einer Pandemie würde die Herstellung eines Impfstoffs auf Grundlage des verantwortlichen Virus mindestens zehn Wochen dauern, wobei wir hoffen diese Zeit auf sechs Wochen verkürzen zu können. Die Herstellung großer Mengen und die Verteilung in großem Maßstab würde weitere Monate in Anspruch nehmen.

Der schnelle Zugang zu großen Mengen von Antiviralia bedeutet eine ähnlich große Herausforderung.

Trotz der ermutigenden Modelle und auf den Weg gebrachten Maßnahmen wäre es daher ein Irrtum zu glauben, dass die Beherrschung einer Pandemie an ihrer Quelle zu 100% möglich wäre.

Eine gute Vorbereitung, die zu einer schnellen und an die Lage angepassten Reaktion führt, ist die einzige Chance zur Minimierung der gesundheitlichen Folgen einer Pandemie.

Daher betrachten das Regionalbüro und die Länder der Region diese Frage heute als eine der vordringlichsten Aufgaben.

Auf die Bedürfnisse der Länder durch regionale Beiträge zu globalen Initiativen antworten

Das HIV/Aids-Programm „3 bis 5“

Die Europäische Region hat ihre Verpflichtung erfüllt und für die Behandlung von 100 000 neu erkrankte Patienten bis Ende 2005 gesorgt.

Dieses ermutigende Resultat sollte allerdings nicht die Notwendigkeit einer universellen Erfassung als nächstes weltweites Ziel mit Zeithorizont 2010 verdecken. Die universelle Erfassung betrifft wohlge-merkt Behandlung und Versorgung der Kranken, aber auch die Prävention. Dies würde für die Region weitere 300 000 Kranke in Behandlung bedeuten. Das ist ein ehrgeiziges, jedoch aus Gründen der Menschlichkeit unabweisbares Ziel. Es ist vor allem in großen Ländern wie der Russischen Föderation und der Ukraine schwer zu erreichen, wo unsere Teams mit dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) und all seinen Trägern, insbesondere dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) sehr eng zusammenarbeiten.

Doch die Behandlung der Kranken ist nur ein Teil der Lösung. Wir vergessen darüber in keiner Weise den Ausbau der Prävention. Seit 2002 hat die Anzahl neuer HIV/Aids-Fälle in 30 Ländern sowohl im Westen als auch im Osten der Region zugenommen.

Diese Verschärfung der Epidemie macht eine Verstärkung der Präventionskampagnen samt der Maßnahmen zur Risikominderung erforderlich.

Die WHO hat zahlreiche Länder bei ihrer Ausarbeitung von Anträgen an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützt. Der Preisrückgang im Sinne eines besseren Zugangs zur Behandlung ist einer der entscheidenden Stränge für die Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern. Im Fall der Russischen Föderation hat dies zu einer Drittelung des Preises für antiretrovirale Medizin geführt.

Noch einmal möchte ich um einen Beitrag jedes Landes der Region bitten, denn jenseits von fachlichen und wissenschaftlichen Aspekten ist die Solidarität entscheidend dafür, dass wir unser Ziel in Bezug auf diese zerstörerische Krankheit erreichen.

Auch hier ist die Frage der Verstärkung der Gesundheitssysteme entscheidend, denn selbst wenn der Einkauf von Medikamenten sehr wichtig ist, so ist ihre bleibende Erreichbarkeit durch die bedürftigen Patienten noch wichtiger.

Wir werden sicher noch morgen auf diesen Punkt zurückkommen, wenn sich die Tagung mit den Gesundheitssystemen in den Ländern beschäftigt.

Tabak

Der Tabak ist ein weiteres Beispiel für das Engagement der Region in einem globalen Kampf.

Dieses Jahr trat das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in Kraft. Die Europäische Region zeigt weiter die gleiche Entschlossenheit wie seit Anfang des Prozesses.

22 Länder der Europäischen Region oder 30% aller Unterzeichner und die Europäische Union haben das Übereinkommen bereits ratifiziert.

Die Ratifizierung ist ein erster Schritt. Jetzt ist die Umsetzung durch die WHO und das Regionalbüro für Europa unsere Verpflichtung.

Mit dieser Perspektive unterstützen wir heute und in Zukunft die Länder der Region, indem wir ihnen helfen eigene Aktionspläne zu entwickeln, ihre Erfahrungen auszutauschen und die Ergebnisse auszuwerten und zu veröffentlichen.

Als Beispiel möchte ich hier die Tagung zum gleichen Thema anführen, die später in diesem Monat in Sofia, Bulgarien, für acht Länder aus dem Südosten der Region veranstaltet wird.

Der mit dem Rahmenübereinkommen eingeschlagene Weg zur Eindämmung des Tabakgebrauchs hat uns als Modell für die Arbeit an den Internationalen Gesundheitsvorschriften gedient. Dieses von der Weltgesundheitsversammlung angenommene Regelwerk ist ein beispielhaftes neues Instrument zur Ergreifung von Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit im Falle einer unmittelbaren Bedrohung. Wie bei dem Thema Tabak konnte das Regionalbüro für Europa auch hier das regionale Engagement stimulieren und damit zu dem positiven Ergebnis beitragen, das wir alle kennen.

Die Millenniums-Entwicklungsziele

Zum Abschluss des Kapitels über die regionalen Aktivitäten zur Unterstützung der globalen Arbeit möchte ich an den Einsatz des Büros für die Millenniums-Entwicklungsziele erinnern.

Dieses Programm der Vereinten Nationen betrifft in hohem Maße Gesundheit und Entwicklung in Bereichen wie Armut, Gesundheit von Mutter und Kind, HIV/Aids und Umwelt. Es ist auf verschiedene Weise für die einzelnen Länder der Region von Bedeutung.

Die heute vorliegenden Informationen lassen uns erahnen, dass es für die schwächsten Länder der Region schwer sein wird, zu den für 2015 vorgesehenen Ergebnisse zu gelangen. Die Aufschlüsselung der Daten nach geografischen, ethnischen und sozialen Kriterien zeigt uns Armutsnester, in dem die Ziele schwerer zu erreichen sein werden als in den wohlhabenderen Teilen der Region.

Es war nicht einfach, die richtige Haltung der Region unter Berücksichtigung all ihrer Besonderheiten zu finden. Doch jetzt steht eine befriedigende Strategie zur Verfügung. Das Büro möchte allen Mitgliedstaaten der Region seine Unterstützung anbieten, sei es für ihre Bemühungen um das Erreichen der Ziele oder für den erleichterten Austausch von Informationen und praktischer Solidarität.

Es liegt Ihnen Informationspapier vor, das die Bereiche aufzeigt, in denen das Regionalbüro hofft, seine Hilfe anbieten zu können.

Ein Programm unter Bezeichnung MDG+ wird gerade diskutiert. Es würde eine besondere Herangehensweise und Ziele für die Europäische Region vorsehen. Es sollte jedoch nicht als Alternative zum Millenniums-Programm aufgefasst werden, sondern als eine Ergänzung unserer Region zu diesem.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass die Region in einem verwandten Bereich durch das Zentrum in Venedig zur Arbeit der globalen Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit unter dem Vorsitz von Professor Marmot beiträgt.

Auf die Bedürfnisse der Länder durch stärker regionalspezifische Aktivitäten antworten

Das Regionalbüro hat in diesem Jahr die Aktivitäten in seinen verschiedenen Arbeitsgebieten fortgesetzt. Sie werden im Verlauf des Komitees die Gelegenheit haben, auf eine Reihe dieser Themen zurückzukommen. Da ich die Liste nicht erschöpfend behandeln kann, werde ich mich auf die Bereiche beschränken, die besonders aktuell oder weiter von besonderem Interesse sind.

Psychische Gesundheit

Das Jahr 2005 begann mit der Ministerkonferenz in Helsinki zum Thema psychische Gesundheit. Durch die Konferenz wurde die Notwendigkeit einer verstärkten Sensibilisierung unterschiedlicher gesellschaftlicher Ebenen, die Zurückweisung von Diskriminierung und die Unterstützung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen betont:

- Auf der Ebene der Gesundheitsverantwortlichen, damit sie psychische Gesundheit besser in ihre Gesundheitssysteme und die Gesundheitspolitik mit einbeziehen.
- Auf der Ebene der Gesundheitsfachleute, damit sie ihre Sachkompetenz in diesem Bereich erweitern.
- Schließlich auf der Ebene der Patienten und der sie Betreuenden, damit ihr Wissen und Können anerkannt und genutzt werden.

Umwelt und Gesundheit

Im Laufe dieses Jahres haben wir auch der Weiterverfolgung der Themen der Budapester Konferenz zu Umwelt und Gesundheit besondere Aufmerksamkeit zukommen lassen.

Professor Dab, Vorsitzender des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit, wird uns hierüber morgen Nachmittag im Einzelnen berichten. Im Bereich der Umwelt können wir uns anlässlich des neulich in Kraft getretenen Protokolls über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und Internationaler Seen gratulieren.

Tuberkulose

Tuberkulose gibt heute in unserer Region Anlass zu großer Sorge. Wie der Europäische Gesundheitsbericht unterstreicht, hat sich die Zahl der Fälle in zwölf Jahren um über 50% erhöht. Die wichtigsten die Epidemie begünstigenden Faktoren heißen Armut, multiazneimittelresistente Tuberkulose, Ko-Infektion mit HIV und Ausbreitung unter Gefängnisinsassen.

Im Februar habe ich angesichts des Tuberkulose Trends an alle Ministerien der Region einen Notruf geschickt. Wir müssen unbedingt in der Region die Entwicklung dieser Krankheit mit einer weitgehend sozialen Dimension umkehren. Dabei sollten insbesondere die Entwicklungsfortschritte in den Ländern im Umbruch genutzt werden.

Aktivitäten in Vorbereitung: die Europäische Impfwoche und die Ministerkonferenz über Adipositas

Vom 17.–23. Oktober 2005 wird die erste Europäische **Impfwoche** stattfinden. Ihr Ziel ist ein größeres Bewusstsein der Öffentlichkeit und ein größeres politisches Engagement mit der Perspektive einer Garantie für das Recht jedes Kindes auf Impfschutz gegen diese vermeidbaren Krankheiten. Ich bin sicher, dass alle Länder der Region sich an dieser Woche beteiligen werden, die in anderen Teilen der Welt bereits ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt hat.

Das Thema **Adipositas** selbst ist auch ein vorrangiges und höchst aktuelles Thema. Es erstaunt nicht, dass die WHO und die EU es gleichzeitig in ihre jeweiligen Programme und in die Zusammenarbeit aufgenommen haben. Ich habe die Veranstaltung einer Ministerkonferenz der Europäischen Region zu diesem Thema vorgeschlagen, die vom 15.–17. November 2006 in Istanbul, Türkei, stattfinden wird. Die EU wird unser Partner sein. Wir haben jedoch auch den Europarat, die FAO, UNICEF und vielleicht gleichermaßen die Weltbank und die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) als mögliche Partner vorgesehen.

Vorbesprechungen und Vorkonferenzen sind bereits für den kommenden Monat in Dänemark und für Juni 2006 in den Niederlanden geplant.

Aus Anlass der Konferenz werden wir dem Regionalkomitee 2007 eine Überarbeitung des Aktionsplans Nahrung und Ernährung vorlegen können.

So erstrecken sich unsere Aktivitäten über viele Gebiete, doch erscheint es heute unabdingbar, diese Tätigkeiten auf verlässlichen und stabilen Gesundheitssystemen aufzubauen. Der Fortschritt im Bereich Gesundheit hängt zu einem großen Teil von der Fähigkeit der Länder zur dauerhaften Verstärkung ihrer Gesundheitssysteme ab. Wir unsererseits verstärken unser Program in diesem Bereich und werden Ihnen morgen unsere neue Strategie vorstellen.

Auf die Bedürfnisse der Länder antworten, indem wir unsere Unterstützung effizienter machen

Dieses Jahr haben wir unsere Aktivität in den Ländern verstärkt, indem wir sie stärker systematisiert, besser geplant und gründlicher ausgewertet haben. Dies gilt für alle Länder in der Region.

In den 28 Ländern, in denen wir ein Büro unterhalten, haben wir gute Erfahrungen mit der Aushandlung zweijähriger Kooperationsvereinbarungen gemacht, welche jetzt ausgewählte, sehr konkrete Aktivitäten und deren Finanzierung enthalten. Wir haben gleichermaßen für jede dieser Vereinbarungen Pläne zur Mittelbeschaffung aufgestellt.

Im Laufe dieses Jahres haben wir die Ausbildung der heute 245 Beschäftigten vor Ort intensiviert und wir befinden uns inmitten des Anstellungsverfahrens für acht Büroleiter im international rekrutierten Mitarbeiterstab.

Die Qualität und Effizienz dieser Teams vor Ort werden häufig von den übrigen internationalen Organisationen anerkannt und von den lokalen Behörden geschätzt.

Das Programm Zukunftsforen hat seine Aktivitäten mit den übrigen 24, eher westlichen Ländern der Region weiterverfolgt und eine Reihe von Berichten zu den Themen Krisenkommunikation, unpopulären Entscheidungen und Patientensicherheit erstellt. Wir führen auch für diese Länder bestimmte Aktivitäten durch, z. B. in Griechenland zur Erarbeitung eines Gesetzes für Bevölkerungsgesundheit, in Deutschland im Bereich der Luftverschmutzung, in Zypern zur Krankenversicherungsgesetzgebung, in Luxemburg zur Gesundheitsförderung und in der Schweiz zur Überprüfung des Gesundheitssystems.

Die diesjährige Eröffnung eines Länderbüros in Deutschland steht für eine Form der Präsenz des Regionalbüros in den westlichen Ländern der Region, die es bislang noch nicht gegeben hat. Wir hoffen, dass die Erfahrung uns als Modell für weitere Länder aus dieser Gruppe dienen können.

Stabilitätspakt

In diesem Abschnitt möchte ich Ihnen die Neuigkeiten über dieses Programm im Balkan mitteilen, das wir gemeinsam mit dem Europarat 2001 im Gefolge an die Konflikte eröffnet haben, die Teile der Region gekennzeichnet hatten. Eine zweite Phase des von den betroffenen Ländern sehr geschätzten Programms wird im November in Skopje eingeläutet werden.

Die Initiative umfasst heute sieben Bereiche: psychische Gesundheit, Ernährung, übertragbare Krankheiten, Ausbildung im Bereich Bevölkerungsgesundheit, Tabakeindämmung, Blutprodukte und Arzneimittel.

Die Programme werden in acht Ländern durchgeführt und von neun Ländern und vier internationalen Organisationen finanziert.

Aufruf für den Kosovo

Zum Schluss dieses Kapitels möchte ich die Aufmerksamkeit des Regionalkomitees auf die dramatische Lage der Bevölkerung des Kosovos lenken, die Bleirückständen ausgesetzt ist und unter inakzeptablen und inhumanen sanitären Bedingungen lebt.

Viele Schwangere und Kinder werden so in ihrer Gesundheit ernsthaft bedroht. Der Sondergesandte des Generalsekretärs der Vereinten Nationen und Missionsleiter im Kosovo hat mich um die Unterstützung des Regionalbüros gebeten, um dieser Sache ein Ende setzen und die Bevölkerung aus den von ihnen jetzt bewohnten Lagern bringen zu können.

Ich möchte um Ihre Unterstützung und Ihre Großzügigkeit bitten, damit wir unserer Pflicht zur fachlichen Unterstützung und zur Solidarität gerecht werden können.

Hier ist eine gute Gelegenheit, die Chancengleichheit zu fördern, die wir als so wichtig für die Gesundheit in unserer Region erachten.

Wir benötigen eine Million US-\$, um unser Team verstärken und ein schnelles und wirksames Programm aufbauen zu können.

Auf die Bedürfnisse der Länder durch Partnerschaft antworten

Dieses Jahr haben wir die Zusammenarbeit, insbesondere vor Ort, mit dem Europarat, der Weltbank und weiteren Organisationen der Vereinten Nationen, vor allem UNICEF weiter verfolgt und ausgebaut.

Wir haben unsere Zusammenarbeit mit den nationalen Entwicklungsagenturen vertieft, insbesondere mit der deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und mit den Agenturen der nordischen Länder und des Vereinigten Königreichs.

Uns fehlt allerdings eine klare Politik bzw. ein Aktionsplan für unsere Zusammenarbeit mit den nicht-staatlichen Organisationen.

In unserer Zusammenarbeit mit der **Europäischen Union** beteiligen wir uns immer mehr an von der EU-Ratspräsidentschaft angeregten Programmen. Dies war der Fall mit den Niederlanden und mit Luxemburg in den Bereichen Arzneimittel und psychische Gesundheit. Heute arbeiten wir eng mit dem Vereinigten Königreich in den Bereichen Patientensicherheit, gesundheitliche Unterschiede und, natürlich, Grippe zusammen.

Wir bereiten schon den österreichischen Vorsitz und den finnischen Vorsitz mit dem Thema Gesundheit in der Politik vor. Mit diesem Thema hat sich auch unser Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Brüssel beschäftigt.

Mit der Kommission wurde die Zusammenarbeit im Bereich der psychischen Gesundheit für die Konferenz in Helsinki sichtbar intensiviert. Umwelt und Gesundheit sind gleichfalls seit der Budapester Konferenz ein Bereich enger Partnerschaft.

Die Ministerkonferenz zu Adipositas, Ernährung und Bewegung wird uns im Jahr 2006 eine weitere Gelegenheit bieten, an einem Thema der Bevölkerungsgesundheit eng zusammen zu arbeiten. Das Thema Alkohol, über das wir morgen wieder sprechen werden, ist ebenfalls ein Gebiet, in dem unsere Zusammenarbeit dieses Jahr verstärkt wurde und, wie ich hoffe, in den kommenden Jahren weiter verstärkt wird.

Das Regionalbüro ist auch sehr eng mit der Einrichtung des **Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten** im Mai in Stockholm verbunden gewesen. Unsere Zusammenarbeit mit diesem neuen Zentrum ist bereits gut etabliert, insbesondere auf dem Gebiet der Erhebung und

der Analyse von Daten. Wir werden bald ein Protokoll der Zusammenarbeit mit dem Zentrum unterzeichnen.

Wir sind entschlossen, diesen guten Anfang fortzusetzen und die Ernennung unseres ehemaligen Team-Mitglieds Frau Jakab zur Direktorin wird unsere gemeinsame Arbeit sicherlich erleichtern.

Außer mit diesem Zentrum arbeiten wir auch mit anderen Agenturen zusammen, insbesondere mit der Europäischen Umweltagentur in Kopenhagen. Es wäre zu wünschen, dass wir ähnlich enge Beziehungen zur Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit schaffen und mit der Agentur für Arzneimittel in Lissabon erneuern könnten.

Ich möchte Herrn Kyprianou ganz besonders dafür danken, dass er meiner Einladung gefolgt ist und heute Morgen unter uns weilt. Herr Kyprianou, Sie sind der erste Europäische Kommissar, der dies tut, und ich kann Ihre Anwesenheit nicht anders deuten, als eine Bekräftigung Ihres Willens zur Zusammenarbeit mit unserer Organisation auf globaler wie auf regionaler Ebene.

Ohne exklusiv zu sein hat die Zusammenarbeit mit der EU für uns Vorrang und ist zugleich eine Quelle der Effizienz, die sich nicht auf die 25 EU-Mitgliedsländer beschränkt, sondern auch Früchte für die übrigen Länder der Region trägt und sie von den Ergebnissen unserer gemeinsamen Arbeit profitieren lässt.

Denn natürlich ist für uns jedes Land von gleicher Wichtigkeit, ob es Mitglied der EU ist oder nicht.

Zum Abschluss dieses Kapitels möchte ich meinem Freund Fernand Sauer die Reverenz erweisen, der bald seine Ämter verlassen wird, nachdem er über viele Jahre in großartiger Weise zu unserer gemeinsamen Arbeit beigetragen hat.

Der zentrale Pfeiler der Strategie des Regionalbüros ist immer die Zusammenarbeit mit den mit Gesundheit befassten Organisationen, welche unsere Werte teilen.

Das Feld Gesundheit ist weit genug, vor allem vor Ort, sodass jeder seinen Platz ohne unnötige Konkurrenz finden kann.

Aus dieser Sichtweise heraus werden wir unsere Zusammenarbeit mit den Ländergruppen weiter verfolgen und ausbauen, vor allem mit der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten und den Staaten des Stabilitätspakts, die ich vorhin angeführt habe.

Schlussfolgerungen

Im zurückliegenden Jahr sind in der fachlichen Zusammenarbeit mit der Mehrzahl der Abteilungen des Hauptbüros und der übrigen Regionalbüros sichtbare Fortschritte erzielt worden.

Dr. Lee, ich bin außerordentlich froh über die Unterstützung, die Sie uns immer haben zuteil kommen lassen und über ihre stetige Erreichbarkeit.

Das Wissen, dass unser Dialog immer konkret und freundschaftlich ist, bietet für einen Regionaldirektor wie mich einen Aktivposten, den ich sehr zu schätzen weiß.

Dass Dr. Gezairy heute hier an unserer Seite weilt ist ebenfalls ein Ausdruck dieses starken Willens zur Aufrechterhaltung einer einigen Organisation, damit wir unseren Mitgliedstaaten die bestmöglichen Dienste der gesamten Organisation anbieten können. Man könnte viele Beispiele für diese Zusammenarbeit anführen, die natürlich durch die modernen elektronischen Kommunikationswege erleichtert wird, welche wir immer häufiger nutzen.

Ich möchte auch den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre Unterstützung und Verfügbarkeit danken, insbesondere ihrem Vorsitzenden, Dr. Thiers.

Zahlreiche Themen sind auf den SCRC-Tagungen in diesem Jahr aufgegriffen worden. Sie werden die Gelegenheit haben, sie bei der Vorstellung des Berichts noch einmal zu erörtern. Insbesondere möchte ich die Einrichtung der Arbeitsgruppe zur Zukunft des Regionalbüros erwähnen, die auf eine Forderung des zurückliegenden Regionalkomitees zurückgeht.

Diese Arbeitsgruppe mit Sachverständigen aus verschiedenen Bereichen wird einen Bericht verfassen, der Ihnen nächstes Jahr vorgelegt wird.

Dieser Bericht wird auf der Grundlage von Thesen zur Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit und des internationalen Kontexts eine Positionierung des Regionalbüros für die 2020er Jahre anregen.

Abschließend möchte ich, und ich bin sicher, dass Sie mir hierin beipflichten werden, den Bediensteten des Büros für ihre Hingabe und ihren Beitrag zu der Arbeit danken, die ich ihnen hier dargelegt habe.

Es ist offensichtlich, dass der wichtigste und vielleicht der einzige Reichtum einer Fachorganisation wie der WHO ihre menschlichen Ressourcen, ihre Bediensteten, sind.

In dieser Hinsicht, möchte ich sagen, ist das Regionalbüro sehr reich, wenn auch bei sehr beschränktem Budget.

Ich hoffe, dass dieser Bericht hinreichend informativ war, damit Sie sich ein deutliches und vollständiges Bild von unseren Aktivitäten seit dem letzten Regionalkomitee machen können. Ich werde mit Freuden diese Informationen durch die Beantwortung Ihrer Fragen mit Unterstützung der Teams des Regionalbüros und des Hauptbüros, die heute Morgen hier zugegen sind, zu vervollständigen.

Ich erhoffe mir ein aktives und produktives Regionalkomitee, denn, wie Sie wissen, messen wir Ihren Anmerkungen und Anregungen sehr großen Wert bei. Ich wünsche Ihnen und uns ein erfolgreiches Arbeiten und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.