



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Zweiundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 16.–19. September 2002

EUR/RC52/Inf.Doc./4
9. Juli 2002
22961
ORIGINAL: ENGLISCH

**BERICHT ÜBER DIE SITUATION DER ZENTREN DES WHO-REGIONALBÜROS
(„GEOGRAPHISCH VERTEILTE BÜROS“)**

Auf Ersuchen des Regionaldirektors führte Professor Vittorio Silano (Italien) im Jahr 2000 eine Untersuchung über die Zentren (die geographisch verteilten Büros) des Regionalbüros durch. Der Bericht wurde dem Regionaldirektor im April 2001 vorgelegt.

Auf Empfehlung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa, der sich auf mehreren seiner Tagungen mit dem Bericht befasst hat, werden die in Professor Silanos Bericht enthaltenen Empfehlungen und Schlussfolgerungen dem Regionalkomitee zur Information vorgelegt.

Inhalt

1	AUFGABE	3
2	VORGEHENSWEISE	7
3	SITUATIONSANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	9
	3.1 Allgemeine Fragen	9
	3.1.1. Positive Aspekte.....	9
	3.1.2 Problematische Aspekte	12
	3.2 Konkrete, für die einzelnen Büros geltende Punkte.....	15
	3.2.1 Umwelt und Gesundheit	15
	3.2.1.1 ECEH Rom.....	17
	3.2.1.2 ECEH Bilthoven und EHP Nancy.....	17
	3.2.1.3 ECEH Bonn.....	18
	3.2.1.4 MED-Einheit Athen	19
	3.2.2 Gesundheitspolitik	20
	3.2.3 Integrierte Gesundheitsdienste.....	21
	3.2.4 Investition für Gesundheit und Entwicklung	23
	3.2.5 HPO Helsinki	23
	3.3 Schlussfolgerungen.....	24
	3.3.1 Brauchen wir GDOs?.....	25
	3.3.2 Wie sollte die WHO darüber entscheiden, welche Themenbereiche abzudecken sind?.....	25
	3.3.3 Sollte es noch weitere GDOs geben?	25
	3.3.4 Wo sollte man GDOs ansiedeln?.....	26
	3.3.5 Wie sollten diese GDOs geleitet werden?.....	26
	3.3.6 Leiter des Büros – Beziehung zum Regionalbüro	26
	3.3.7 Wie sollte die Personal- und Finanzausstattung der einzelnen Büros aussehen?.....	27
	3.3.8 Welche Stellung haben diese Büros im Vergleich zu Kooperations-zentren?.....	27
4	EMPFEHLUNGEN	27
	4.1 Allgemeine Empfehlungen	27
	4.1.1 Mandat, Funktionen und Prioritäten.....	28
	4.1.2 Ressourcen und Laufzeit der Vereinbarung.....	28
	4.1.3 Mittelbeschaffung	30
	4.1.4 Rekrutierung von Mitarbeitern: Privilegien und Immunitäten	31
	4.1.5 Beziehungen zum Gastland und anderen Beitragsländern	32

4.1.6	Wissenschaftlicher Beirat und Koordinationsrat.....	33
4.1.7	Evaluationsverfahren.....	34
4.1.8	Profil des Leiters des Büros	35
4.1.9	Etablierungsverfahren	36
4.1.10	Die Kosten der Programmunterstützung und andere finanzielle Fragen	36
4.1.11	Die Beziehungen zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und den zum GDO beitragenden Partnern.....	37
4.1.12	Sonstige Aspekte	37
4.2	Konkrete Empfehlungen für die einzelnen GDOs.....	39
4.2.1	ECEH Rom.....	39
4.2.2	ECEH Bonn	39
4.2.3	HPO Helsinki	40
4.2.4	Die MED-Einheit in Athen.....	43
4.2.5	ECHP Brüssel.....	44
4.2.6	IHB Barcelona.....	46
4.2.7	IHD Venice	46

1 AUFGABE

Bei der Aufgabenstellung für die vorliegende Untersuchung wurden die früheren und die laufenden Erfahrungen hinsichtlich der Einrichtung und des Betriebs der Zentren/Projektbüros des WHO-Regionalbüros für Europa (WHO/EURO) (die hier als geographisch verteilte Büros (geographically dispersed offices = GDOs) bezeichnet werden) berücksichtigt. Diese Zentren sollten nicht mit den Kooperationszentren des Regionalbüros verwechselt werden. Im Unterschied zu den Kooperationszentren werden die GDOs in Mitgliedstaaten eingerichtet, um dort Kernfunktionen von WHO/EURO wahrzunehmen, wobei die Arbeitsweise die gleiche ist wie in Kopenhagen und die Mitarbeiter auch die gleichen Pflichten und Rechte haben wie ihre Kollegen in Kopenhagen. Das bedeutet, dass mittelfristig nicht nur erhebliche außerordentliche Finanzmittel zur Verfügung stehen müssen, sondern setzt auch voraus, dass die Regierung des jeweiligen Gastlandes die Privilegien und Immunitäten von GDO-Mitarbeitern anerkennt. Bei den Kooperationszentren handelt es sich andererseits um spezialisierte Einheiten, die mit dem Regionalbüro oder dem WHO-Hauptbüro zusammenarbeiten, jedoch nicht Teil der eigentlichen Organisationsstruktur sind. Sie sind unabhängiger und erhalten im allgemeinen nur geringe Finanzmittel von der WHO.

Abgesehen von der in Athen angesiedelten Einheit für den Mittelmeeraktionsplan, die ihre Arbeit 1982 als organisationsübergreifendes Projektbüro begann, gehen die GDOs auf das Jahr 1990 zurück, als im Anschluss an die Frankfurter Konferenz „Umwelt und Gesundheit“ zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und den Regierungen von Italien und den Niederlanden Verhandlungen über die Einrichtung von Büros für Umwelt und Gesundheit eingeleitet wurden, die ihren Standort in Rom und Bilthoven haben sollten (Tabelle 1). Das entsprechende Büro in Nancy folgte 1993 und 1999 wurden drei weitere GDOs für den Bereich Gesundheitspolitik (Brüssel), integrierte Gesundheitsdienste (Barcelona) und Kernkraft-Katastrophenschutz (Helsinki) geschaffen. Darüber hinaus sollten im Jahr 2001 zwei neue GDOs (Bonn und Venedig) ihre Arbeit aufnehmen (Tabelle 1).

In der vorliegenden Untersuchung ging es vorrangig um die folgenden Aspekte:

- 1.1 Überprüfung der Grundabkommen der einzelnen GDOs, d.h. ihrer Dauer, der finanziellen Regelungen, des diplomatischen Status;
- 1.2 Beurteilung der Kostenwirksamkeit der bestehenden GDOs;
- 1.3 Überprüfung der Beziehung zwischen dem GDO und WHO/EURO (handelt es sich bei der durchgeführten Arbeit um eine Kernfunktion des Regionalbüros? Verbessert die Dezentralisierung die Wirksamkeit und bzw. oder die Effizienz der Dienste für die Mitgliedstaaten? Welcher Beitrag zu den Aktivitäten des GDOs kommt aus dem Ordentlichen Haushalt und aus anderen Ressourcen des Regionalbüros? Wie hoch sind diese Zuschüsse im Vergleich zu den zusätzlichen Mitteln, die durch die Existenz des Zentrums zuwege kommen?)
- 1.4 Überprüfung des Arbeitsprogramms, der erzielten Resultat und der künftigen Pläne. Analyse des Zusammenhangs zwischen den zur Verfügung stehenden Mitteln und den Arbeitsverpflichtungen;
- 1.5 Überprüfung der Beziehungen zum jeweiligen Gastland (hat das GDO mit seinem Bestehen dazu beigetragen, die Beziehungen zur übergeordneten Public Health-Arbeit und zu den einschlägigen Instituten des Gastlandes zu verbessern und zu stärken? Hat das Bestehen des GDOs die Präsenz und den Einfluss der WHO auf Länderebene verbessert? Wurden durch das Bestehen des GDOs außer den in der Kernfinanzierung vorgesehenen Mitteln Zuschüsse aus anderen Finanzierungsquellen des Gastlandes erschlossen?)
- 1.6 Beschreibung der Mittelbeschaffung: Wie viele Mittel wurden zusätzlich zu dem sich auf die bestehenden Vereinbarungen gründenden Beitrag beschafft? Gründliche Analyse des relativen Umfangs der einzelnen Finanzierungsquellen, d. h. Haushalt des WHO-Regionalbüros, Sondermittel für die GDOs, zusätzliche freiwillige Beiträge;
- 1.7 Überprüfung der Arbeitersituation (stehen für die Arbeitsaufgaben genügend Mitarbeiter zur Verfügung? Verteilen sich die Beschäftigten ausreichend auf unterschiedliche Nationalitäten?)

- 1.8 Abwägung künftiger Perspektiven für die bestehenden GDOs und wichtige Querverbindungen zur neuen Struktur des Regionalbüros; Analyse der Vor- und Nachteile der Dezentralisierung von Kernfunktionen und Möglichkeiten und
- 1.9 Ermittlung von Empfehlungen zu den wichtigsten interessanten Fragen hinsichtlich der möglichen Einrichtung neuer GDOs und gegebenenfalls von relevanten Zusätzen oder Änderungen zu den bestehenden Vereinbarungen.

In Tabelle 1 sind die untersuchten GDOs angegeben. Sie sind alle in Betrieb oder stehen kurz vor der Aufnahme ihrer Arbeit. Nur das Büro in Bilthoven ist zwar inzwischen geschlossen, wurde hier jedoch mitberücksichtigt, da es zu Beginn der Untersuchung noch bestand.

Tabelle 1
Geographisch verteilte Büros (GDOs) von WHO/EURO,
die weitgehend durch freiwillige Beiträge der Mitgliedstaaten und Regionen
finanziert werden.

Heute	Bezeichnung des Büros	Dauer des Abkommens	Beitrag* des Gastlandes (In Mitarbeiterjahren)	Sonstige freiwillige Beiträge*	Beitrag* von WHO-EURO in Mitarbeiterjahren **
<i>Geschlossen</i>	1) <i>WHO ECEH Bilthoven</i> Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit	1991-2000	Niederlande: ~1,25 1991-1998; 0,75 1999-2000	Verschiedene Geber: ~20% der niederländischen Beiträge	~0,250 (ab 1996)
Noch bestehend	2) <i>WHO ECEH Rom</i> Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit	1991-2001	Italien: ~1.20	Verschiedene Geber: ~100% der italienischen Beiträge 1998-2000	~0,250 (ab 1996)
Noch bestehend	3) <i>WHO MEDU Ahten</i> Referat Mittelmeeraktionsplan	seit 1982	UNEP (durch den MED-Treuhandfonds): ~0,3 plus Räumlichkeiten und Dienstleistungen	GSF: ~0,7 p. a. in 2001-2003	0,05 pro Haushaltszeitraum
Noch bestehend	4) <i>WHO HPO Helsinki</i> Projektbüro für Kernkraftkatastrophenschutz und Public Health	1999-2001	Finnland: ~0,045; Deutschland: ~0,027		~0,243
Noch bestehend	5) <i>WHO ECHP Brüssel</i> Europäisches Zentrum für Gesundheitspolitik	1999-2009 ***	Belgien: ~0,5 in Finanz- und Sachmitteln	Finnland: ~0,1; Österreich: ~0,1; Schweiz: ~0,037 (nur 2001)	0,138
Noch bestehend	6) <i>WHO IHB Barcelona</i> Europäisches Büro für integrierte Gesundheitsdienste	1999-2004	Katalonien: ~1,53 in Finanz- und Sachmitteln	Abstellung eines Mitarbeiters aus der Region Emilia Romagna, ITA, für 8 Monate	~0,2
<i>Kann seine Arbeit aufnehmen</i>	7) <i>WHO ECEH Bonn</i> Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit	2001-2010	Deutschland: ~1,0 und Räumlichkeiten (Umweltministerium)	Potenziell das deutsche Gesundheitsministerium (0,25) und die Universität Bonn	~0,3
<i>Kann seine Arbeit aufnehmen</i>	8) <i>WHO IHD Venedig</i> Europäisches Büro für Investitionen für Gesundheit und Entwicklung	2001-2010	Italien: ~1,4 und Räumlichkeiten, Informatik, Möblierung und Ähnliches		**

*: in Millionen US-\$ pro Jahr.

** : Kosten für einen Mitarbeiter des höheren Dienstes und eine Verwaltungskraft.

***: Abhängig von positiver Zwischenevaluation.

~: bedeutet „etwa“.

2 VORGEHENSWEISE

Für die Untersuchung wurden von jedem in der *Tabelle 1* aufgeführten GDO die folgenden Unterlagen eingeholt:

- das vom WHO-Regionalbüro für Europa und der Regierung des Gastlandes bzw. der Region unterzeichnete Sitzstaatabkommen;
- der neueste Arbeitsplan des GDOs und
- die vorliegenden Berichte über die von dem GDO bisher erzielten Resultate.

Außerdem fanden Besuche im ECHP Brüssel (6. Dezember 2000), ECEH Bilthoven (12. Dezember 2000), HPO Helsinki (20.–21. Dezember 2000), ECEH Rom (30. Dezember 2000) und IHB Barcelona (15. Januar 2001) statt. Bei dieser Gelegenheit wurden zusätzliche Informationen eingeholt und für die jeweiligen Büros spezifische Aspekte erörtert. In Rom und Kopenhagen fanden zudem Treffen mit Dr. Kamizoulis vom MEDU Athen (11. Dezember 2000) und mit Dr. Klein, dem Ansprechpartner für das WHO-ECEH-Büro in Bonn (21. Dezember 2000) statt. Mehrere Male war ich auch in Kontakt mit Dr. Ziglio, dem Ansprechpartner für das IHD-Büro der WHO in Venedig. Mit Herrn David Nolan fand am 16. Januar 2001 in Genf eine Besprechung statt.

Dank der so eingeholten Informationen und damit zusammenhängenden Analysen konnte für jedes der oben angeführten GDOs ein gesonderter, folgendermaßen strukturierter Bericht erstellt werden:

- *Auftrag und Prioritäten*
- *Partner*
- *Standort*
- *Anlaufzeit und voraussichtliche Dauer*
- *Budget*
- *Organisationsstruktur*
- *Privilegien und Immunitäten*
- *Verwaltung der Mittel und Nutzbarmachung von Resultaten*
- *Die Beziehung zwischen dem GDO und WHO/EURO*
- *Beziehung zum Gastland*
- *Mittelbeschaffung und Ressourcencmobilisierung*
- *Wichtigste Resultate und Erfolge*
- *Evaluation der Resultate*
- *Mögliche künftige Entwicklung*

Mit den eingeholten Informationen und auf der Grundlage der danach durchgeführten Analyse sowie dank des direkten Meinungsaustauschs mit den

Leitern der einzelnen WHO-Büros oder anderen Kontaktpersonen wurden für das ECEH Bilthoven, das ECEH Rom, das MEDU Athen, das HPO Helsinki, das ECHP Brüssel, das IHB Barcelona, das ECEH Bonn und das IHD Venedig acht gesonderte Berichte verfasst, die dem Leiter des jeweiligen Büros zur Stellungnahme vorgelegt wurden. Sie enthalten eine kommentierte Standardanalyse der Situation in den verschiedenen GDOs und ermöglichen den leichten Vergleich der bestehenden Ähnlichkeiten und Unterschiede. Sie erleichtern auch das Verständnis für die positiven wie für die problematischen Aspekte.

Auf der Grundlage dieser Berichte und anhand anderer verfügbarer Informationen wurde die Situation insgesamt analysiert, was zu allgemeinen (für alle GDOs gültigen) und spezifischen (jeweils für ein bestimmtes GDO gültigen) Schlussfolgerungen und Empfehlungen führte.

Der erste Entwurf des Untersuchungsberichts vom 29. Januar 2001 wurde drei externen Experten zur Stellungnahme vorgelegt, und zwar Kenneth Calman, Vizekanzler der Universität Durham, Jarkko Eskola, Generaldirektor der Abteilung Förderung von Wohlfahrt und Gesundheit des finnischen Ministeriums für Soziales und Gesundheit, sowie Vilius Grabauskas, Rektor des Medizinischen Instituts Kaunas, Litauen. Anschließend ging der Berichtsentwurf an die Leiter aller acht oben angeführten GDOs.

Der zweite Entwurf des Untersuchungsberichts ging am 22. März 2001 an die drei Gutachter. Ein dritter Entwurf wurde am 28. März 2001 fertiggestellt, ein vierter lag am 30. März 2001 vor und wurde auf einer am 4. April 2001 in Kopenhagen abgehaltenen Ad-hoc-Sitzung erörtert, worauf noch am selben Tag eine Endfassung abgeschlossen wurde.

3 SITUATIONSANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

3.1 Allgemeine Fragen

3.1.1. *Positive Aspekte*

Das WHO-Regionalbüro für Europa erfährt seit 1991 von Partnern in mehreren Mitgliedstaaten (hauptsächlich von Regierungen und regionalen Selbstverwaltungen) große und anhaltende Unterstützung, die sich als innovative Formen freiwilliger Beiträge gestaltet, die die Einrichtung verschiedener, auf ausgewählte Kernaktivitätsbereiche spezialisierter GDOs ermöglicht haben. Laufende Verhandlungen und andere Faktoren deuten darauf hin, dass dieser Trend wahrscheinlich in den nächsten zehn Jahren anhalten und sich vielleicht sogar noch verstärken wird.

Die bisher berührten wichtigsten Arbeitsbereiche, die beteiligten Länder und die Beiträge (in Million US-\$ pro Jahr) wurden in *Tabelle 1* zusammengefasst.

Diese Entwicklung war für die WHO/EURO und ihre Mitgliedstaaten außerordentlich nutzbringend. Das für bestimmte Aktivitätsbereiche zur Verfügung stehende Budget wurde erheblich aufgestockt, und Qualität und Quantität der Resultate verbesserten sich ebenfalls deutlich. Ein Großteil der Anstrengungen war dem Bemühen gewidmet, die Maßnahmen in den unterstützungsbedürftigen Ländern zielgerichtet zu gestalten und die dortigen Institutionen zu unterstützen. Das Regionalbüro machte zudem eine Reihe qualitativ hervorragender wissenschaftlicher Produkte von globalem Interesse verfügbar, die sowohl in Europa als auch in anderen Regionen der Welt brauchbar sind. Noch nie hat man das Regionalbüro in konkreten Interessenbereichen so produktiv erlebt. Das solidarische Konzept, das eine Reihe von Partnern in verschiedenen Ländern dazu bewogen hat, sich dieser neuen Vorgehensweise anzuschließen, hat demnach eine sehr produktive und innovative Form der Zusammenarbeit zwischen WHO/EURO und dessen Mitgliedstaaten bewirkt.

Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass sich das Regionalbüro durch die Dezentralisierung einiger Kernaktivitäten seinen Mitgliedstaaten sehr viel

stärker genähert hat. Die Mitgliedstaaten und ihre Regionen entwickeln ein Gefühl der Mitverantwortung und sind entsprechend eher bereit, zum Haushalt des Regionalbüros beizutragen, wenn ihnen die Möglichkeit geboten wird, als Gastland für ein Ad-hoc-GDO aufzutreten oder ein solches mit zu unterstützen. Außerdem ist es für Partner in den Mitgliedstaaten häufig sehr viel einfacher, ein vor Ort angesiedeltes GDO mit Finanz- und Sachmitteln, Dienstleistungen und bzw. oder durch die zeitweilige Abstellung von Mitarbeitern zu unterstützen, als diese Beiträge dem Regionalbüro zugute kommen zu lassen.

Durch diesen Mechanismus haben bestimmte Kernaktivitäten ein sehr viel deutlicheres Profil gewonnen und dem Regionalbüro stehen mittlerweile verschiedene Umfelder offen, in denen konkrete Projekte durchgeführt, Mitarbeiter geschult und Sachkenntnis eingeworben werden können. Beispielsweise wurden verschiedene Formen der Zusammenarbeit mit Institutionen vor Ort eingeleitet, was die Quantität und Qualität der Resultate erheblich erhöht bzw. verbessert hat. Die Einrichtung von GDOs in den Mitgliedstaaten eröffnete dem WHO-Regionalbüro für Europa nicht nur die Möglichkeit, in den beteiligten Mitgliedstaaten die sehr viel stärkere Unterstützung einer Reihe von Organisationen zu gewinnen, sondern rückte das Regionalbüro auch näher an die Mitgliedstaaten heran, was wiederum dazu geführt hat, dass sich im Verhältnis zu Kultur- und Gesundheitseinrichtungen im Land starke Synergieeffekte entwickelten.

Die Einrichtung von GDOs bietet folgende zusätzliche Möglichkeiten:

- Das Regionalbüro kann die gesundheitliche Lage des Gastlandes sowie die Ähnlichkeiten und Unterschiede im Verhältnis zu anderen Ländern besser verstehen, und
- eine wirksamere fachliche Zusammenarbeit und eine effektivere Hilfe für die Gastländer kann konsequenter entwickelt werden, was sich auch daraus ergibt, dass die Zusammenarbeit mit fachlichen und wissenschaftlichen Einrichtungen im Land Vorteile bringt, die auf diesem Weg leichter auszunutzen sind.

Darüber hinaus hat sich aus der Einrichtung einiger GDOs für die WHO/EURO die Möglichkeit ergeben, eng mit anderen internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen zusammenzuarbeiten. Das gilt für die Kooperation mit dem UNEP im Rahmen der MED-Einheit in Athen, mit der EU durch das Zentrum in Brüssel und mit der FAO und anderen in Rom ansässigen UN-Büros durch das dortige ECEH-Büro der WHO.

Aus der Sicht der Mitgliedstaaten ergeben sich für das Gastland eines GDOs des Regionalbüros folgende Möglichkeiten:

- Sie können in einem bestimmten internationalen Gesundheitssektor ein sehr viel ausgeprägteres Profil entwickeln und haben die Gelegenheit, in dem wichtigen Prozess der Prioritätenfestlegung eine zentralere Rolle zu spielen. Dies ist insbesondere für regionale Selbstverwaltungsorgane wichtig, vor allem jetzt, da sie bereit sind, im Gesundheitsbereich eine deutlichere internationale Rolle zu übernehmen, nachdem sie die volle Verantwortung für den Gesundheitssektor übernommen haben oder diese Zuständigkeit erhalten werden. Selbstredend trägt das Regionalbüro durch diese Initiativen auch zur Festigung und zum Ausbau der regionalen Institutionen in den Mitgliedstaaten bei und kann dies künftig noch mehr tun.
- Kommunale und nationale Institutionen und ihre Experten haben die Möglichkeit eines vertieften Austauschs mit Fachleuten aus anderen Ländern und mit WHO-Mitarbeitern, was in der internationalen Gesundheitsarbeit zu besserem gegenseitigem Verständnis beiträgt und den Informationsaustausch zur Ermittlung guter Lösungen für konkrete gesundheitsbezogene Probleme erleichtert.

Außerdem beinhaltet die Dezentralisierung einiger Aktivitäten des Regionalbüros in GDOs weitere positive Aspekte:

- die flexiblere und effizientere Verwaltung von freiwilligen Beiträgen;
- die höhere Produktivität und den stärkeren Teamgeist, zu denen kleinere Einheiten fähig sind;

- die starke Resultatorientierung und damit auch die höhere Qualität der fachlichen und wissenschaftlichen Resultate in ziemlich kleinen und einigermaßen getrennten GDOs, die bisher für die Bereiche Umwelt und Gesundheit, Gesundheitspolitik, integrierte Gesundheitsdienste und Investitionen für Gesundheit und Entwicklung eingerichtet wurden.

3.1.2 Problematische Aspekte

Die Einrichtung von GDOs hat also für die WHO und ihre Mitgliedstaaten einige sehr positive Seiten, insgesamt gesehen bringt sie jedoch auch einige Probleme mit sich, z. B.:

- Zusammenhanglosigkeit und das Fehlen eines Rahmenkonzepts für die Arbeit. Es ist nicht deutlich, wo einige GDOs im Verhältnis zu den übergeordneten Prioritäten der WHO zu verorten sind.
- Die Leitungsstruktur einiger GDOs ist schwach, was auch für die Funktion und Verantwortlichkeiten des externen Sachverständigenbeirats gilt.
- Die Resultate wurden nur in geringem Umfang offiziell evaluiert, doch alle GDOs waren sehr produktiv.
- In einigen Fällen sind die GDOs zu klein und nicht mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet.
- Die Beziehung zwischen dem Gastland, dem GDO und dem WHO-Regionalbüro war in einigen Fällen unklar.

Dies sind schwerwiegende Kritikpunkte, die auf fehlende Koordination und Fokussierung hindeuten könnten. Die GDOs bieten ein erhebliches Potenzial, da in einigen Fällen jedoch keine angemessene Leitung vorhanden ist und es an Mitarbeitern und Ressourcen fehlt, spricht einiges dafür, dass dieses Potenzial nicht in allen Fällen ausgeschöpft wird.

Einige spontane, etwas zufällige und aus der Situation entspringende Maßnahmen haben die Kohärenz und den kontinuierlichen Lernprozess konterkariert, was dafür spricht, dass die Bedeutung dieser Entwicklung für die

WHO/EURO und ihre Mitgliedstaaten selbst von denen, die diese Entwicklung angestoßen haben, nicht immer ganz verstanden wurde. Die Existenz mehrerer GDOs erfordert ein weitaus stärkeres und effektiveres Management im Vergleich zu einer Situation, in der man es nur mit einer einzelnen, an einem bestimmten Standort angesiedelten strukturellen Einheit zu tun hat. Auch Dienstleistungen und Kommunikationsdienste kosten mehr. Außerdem besteht für die Finanz- und Personalausstattung eine echte „Mindestanforderung“. Ist diese nicht erfüllt, ist die Situation auf Dauer nicht tragbar. Die bestehenden GDOs werden diesen Mindestanforderungen nicht immer gerecht.

Der wahrhaft internationale Charakter des WHO-Regionalbüros von Europa und sein Gefühl der Einheit könnten untergraben werden, wenn das Gesamtmanagement nicht stark genug ist und die in den Außenstellen vor Ort tätigen Mitarbeiter nicht ausreichend mit bestimmten Mitarbeitern in Kopenhagen in Kontakt stehen, wo diese vielleicht sogar das Gefühl haben, der Erfolg eines solchen Büros „sei nicht ihr Problem“.

Die Untersuchung zeigt, dass es sich erheblich auf die meisten der bisher etablierten Büros ausgewirkt hat, dass eine allgemeine Politik fehlt, die auch Standardkriterien und Verfahren umfassen sollte, die bei den Verhandlungen über die Etablierung eines GDOs, in dessen Anlaufphase, im täglichen Betrieb und (gegebenenfalls) bei der Schließung gelten müssten. Diese Tatsache hat die GDOs daran gehindert, ihr volles Potenzial zu nutzen (und in einigen Fällen geschieht das immer noch). Hinzu kommen die Zweifel, ob sich das Regionalbüro in der Vergangenheit immer richtig darum gekümmert hat, alle zur Erhaltung der in *Tabelle 1* angeführten GDOs notwendigen komplexen bilateralen Beziehungen zu pflegen.

Als ebenfalls nicht befriedigend wurden die Rolle des externen Sachverständigenbeirats (Advisory Board = AB) und das Verfahren für die Evaluation der von den Zentren erzielten Resultate empfunden. Das gilt ganz allgemein für die meisten GDOs. Der AB oder die in den meisten GDOs eingerichteten ähnlichen Gremien hatten oft kein eindeutiges Mandat oder waren von ihrer Zusammensetzung her nicht sachgerecht, und die Vorsitzenden waren nicht

unabhängig von der Leitung des Regionalbüros. Der AB besteht häufig nur aus Vertretern der Beitragsländer und der WHO, während die Stimme der anderen Länder völlig fehlt. Das Hauptkriterium für die Auswahl von Mitgliedern für den Sachverständigenbeirat sollte ihre wissenschaftliche und fachliche Qualifikation sein. Es ist zwar verständlich, dass die Beiträge leistenden Partner gebeten werden, ein oder mehrere qualifizierte Mitglieder für den AB (keine Ländervertreter) zu benennen, doch bei der Auswahl der restlichen AB-Mitglieder sollte man Sachkenntnis und geographische Ausgewogenheit im Auge behalten. Zu fragen ist auch, ob es sinnvoll ist, den Regionaldirektor (oder einen anderen Mitarbeiter aus Kopenhagen) als Vorsitzenden des AB einzusetzen, da dieser den Beirat und dessen Konsenspositionen zu vertreten hat, während der Regionaldirektor die Verantwortung für das gesamte Regionalbüro für Europa trägt. Es ist nicht auszuschließen, dass diese beiden Funktionen gelegentlich einen Interessenkonflikt auslösen könnten. In einigen Fällen wurde der AB sogar mit einer Art Leitungsrat verwechselt und in Verhandlungen zwischen der WHO/EURO und den Beitragsländern eingesetzt. In Bezug auf das Evaluationsverfahren ist anzumerken, dass eine angemessene Beurteilung der durchgeführten Arbeit, wenn überhaupt, dann nur selten stattgefunden hat.

Die Mittelbeschaffung war in den verschiedenen Büros ganz unterschiedlich erfolgreich, oft jedoch nicht ausreichend. Sie setzt einen erheblichen Zeit- und Arbeitsaufwand sowie die starke und deutliche Unterstützung des Regionalbüros voraus, vor allem angesichts der Tatsache, dass in den meisten GDOs zur Zeit Personalmangel herrscht.

Eine weitere allgemeine Bemerkung betrifft die Struktur der Vereinbarungen, die vom WHO-Regionalbüro für Europa und den zuständigen Behörden des Gastlandes für die Einrichtung der verschiedenen GDOs unterzeichnet wurden. Diese Sitzstaatabkommen unterscheiden sich – häufig unnötigerweise – stark von einander, was darauf hindeutet, dass die Bemühungen um inhaltliche Konsequenz nicht immer von Erfolg gekrönt waren. Ein gewisses Maß an Flexibilität ist offensichtlich notwendig, doch einige grundlegende Aspekte

hätten genauestens festgelegt und in den verschiedenen Verträgen beibehalten werden sollen. Ein besonderes Problem ist die Tatsache, dass in einigen Fällen durch den Vertrag die Immunitäten und Privilegien nicht gesichert sind und die Verhandlungen zwischen dem Regionalbüro für Europa und den zuständigen nationalen Behörden des Gastlandes unzulänglich waren. In einigen Fällen waren auch die Bestimmungen, die die Einstellung von einheimischen Verwaltungsmitarbeitern regeln, zu restriktiv.

Ein äußerst wichtiger Punkt ist die Tatsache, dass die GDOs, die der Europäischen Region der WHO in den Mitgliedstaaten ein sehr markantes Profil verleihen, nicht nur ihre eigene Zukunft gefährden, sondern im breiteren Zusammenhang auch die Glaubwürdigkeit und den Ruf der WHO/EURO untergraben können, wenn sie nicht vernünftig geleitet werden.

3.2 Konkrete, für die einzelnen Büros geltende Punkte

3.2.1 Umwelt und Gesundheit

Im Bereich „Umwelt und Gesundheit“ war das Dezentralisierungskonzept im breiteren Rahmen erfolgreich. Ein Ergebnis der Frankfurter Konferenz von 1990 waren zwei starke und anerkannte Abteilungen des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit (ECEH) in Rom (25 Mitarbeiter) und Bilthoven (10 Mitarbeiter), die über fast zehn Jahre hinweg mit bemerkenswerter und anhaltender Unterstützung der Gastländer Italien und Niederlande arbeiten konnten. Diese beiden Büros erhielten jedes Jahr jeweils etwa 1,25 Millionen US-\$ an freiwilligen Beiträgen. Ihre erfolgreiche Tätigkeit bewirkte zudem, dass weitere umfassende Mittel beschafft werden konnten (vgl. *Tabelle 1*). Ein drittes, kleineres GDO wurde zu anderen Bedingungen in Nancy eingerichtet. Zwischen 1993 und 1998 spezialisierte sich dieses Büro auf kommunale Umwelt- und Gesundheitsprojekte. Ihm stand ein Arbeitshaushalt von 0,4 Millionen US-\$ zur Verfügung. Außerdem wurde das Büro mit nicht-finanziellen Beiträgen unterstützt, beispielsweise mit Mitarbeitern (1P, 1D und 2C) und Räumlichkeiten. Die drei Umwelt-GDOs waren anfänglich ein

sehr gutes Beispiel für eine dezentralisierte Managementstruktur mit spezifischer Sachkenntnis in unterschiedlichen Ländern. Die drei Büros erfüllten nach Frankfurt bei den Umweltkonferenzen bis London eine wesentliche Funktion. Das Modell ist interessant und könnte auch in anderen Bereichen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung Nachahmung finden. Anlässlich der Londoner Konferenz bot die deutsche Regierung 1999 an, von 2001 bis 2010 als Gastland eines weiteren ECEH-GDOs der WHO mit dem Standort Bonn fungieren zu wollen. Das Büro sollte eng mit der Universität Bonn und den städtischen Selbstverwaltungsorganen zusammenarbeiten und einen jährlichen Etat von etwa 1 Million US-\$ erhalten.

Deshalb blieben trotz der Tatsache, dass die Büros in Nancy und Bilthoven 1999 bzw. 2000 geschlossen wurden, mit dem Büro in Bonn, das seine Arbeit im Jahr 2001 aufnahm, die von den ECEH-GDOs der WHO ausgehenden Impulse und die Unterstützung für das WHO-Regionalbüro weiterhin äußerst lebendig.

Die der WHO/EURO über das ECEH zufließenden Ressourcen und die Kernfinanzierung aus dem Ordentlichen Haushalt und anderen Mitteln ermöglichten es dem Regionalbüro, die Grundlagen zu schaffen, auf denen die Mitgliedstaaten verpflichtet werden konnten, sich äußerst innovativ für die Umsetzung einer Umwelt- und Gesundheitspolitik einzusetzen. Hinzu kam, dass die neuen ECEH-GDOs starke Beziehungen zu WHO-Kooperationszentren und einer Reihe von anderen Institutionen anknüpfen und damit ein weiteres erhebliches Ressourcenelement aktivieren konnten. In den GDOs für Umwelt und Gesundheit arbeitete etwa ein Drittel aller Fachmitarbeiter des Regionalbüros und das Gesamtbudget der Abteilung Umwelt und Gesundheit des Regionalbüros erhöhte sich dank des ECEH um etwa das Dreifache.

Erfolgreich war das Regionalbüro jedoch nicht nur bei der Etablierung des ECEH, sondern auch bei der Beschaffung weiterer Ressourcen durch andere Initiativen wie die WHO-Koordination des in Athen angesiedelten UNEP-Büros für den Mittelmeeraktionsplan, mit denen die Fokussierung auf gesundheitliche Resultate festgehalten werden konnte (*Tabelle 1*).

Die Arbeit der Mitarbeiter im Bereich Umwelt und Gesundheit war überwiegend den hilfsbedürftigen Ländern gewidmet, und zwar sowohl durch direkte Maßnahmen in den Ländern als auch durch die Unterstützung von Institutionen vor Ort. Alle vom Regionalbüro für die Ressourcenbeschaffung unternommenen Bemühungen galten der direkten Unterstützung der vom Regionalkomitee festgelegten Programmprioritäten.

3.2.1.1 ECEH Rom

Das ECEH-Büro in Rom ist, was den Umfang und die Qualität seiner Resultate und die Beschaffung zusätzlicher Mittel betrifft, sehr erfolgreich. Die Ursachen dieses bereits zehn Jahre andauernden Erfolgs sind teilweise in der positiven Beziehung zu suchen, die zwischen dem ECEH Rom und den italienischen Behörden und Institutionen besteht, zum anderen aber auch in der Bereitschaft des Büros, dem Bedarf vor Ort zu entsprechen, wobei es sich häufig um auch für andere Länder relevante Interessen handelte. Damit sind auch die Aussichten für die künftige Zusammenarbeit des Regionalbüros mit Italien äußerst viel versprechend.

3.2.1.2 ECEH Bilthoven und EHP Nancy

Die Schließung eines geographisch ausgelagerten Büros aufgrund der Tatsache, dass der Geber das Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit verloren hat, sollte bis zu einem gewissen Grad als natürlich gelten und nicht als negativ betrachtet werden. Dennoch sollte man sich jedoch nach den möglichen Gründen fragen, die zur Schließung der Büros in Bilthoven und Nancy geführt haben, um daraus einige Lehren für die Zukunft zu ziehen.

Im Fall von Nancy (1993-1998) erwiesen sich die komplizierte Struktur geteilter Zuständigkeiten und die Kofinanzierung durch eine Koalition von mehr als zehn Partnern innerhalb eines Landes als nur schwer handhabbar. Außerdem lag das Aufgabenfeld des Nancyer Büros, das sich „mit Umwelt- und Gesundheitsprojekten“ beschäftigte, bis zu einem gewissen Grad an der Grenze

des Zuständigkeitsbereiches der WHO, und viele andere Organisationen (z. B. das UNEP) hätten die gleichen Aufgaben effizienter durchführen können.

Die Schließung des Bilthovener Büros hatte *weder* etwas damit zu tun, dass es sein Mandat erfolgreich beendet gehabt hätte, *noch* hing sie damit zusammen, dass die in Bilthoven bearbeiteten Themen im Grenzbereich der WHO-Aufgaben gelegen hätten. Einige Aspekte, wie z. B. die Chemikaliensicherheit, mögen vielleicht etwas an Dringlichkeit eingebüßt haben, doch es besteht für die WHO in den vom ECEH Bilthoven bearbeiteten Bereichen weiterhin ein großer Handlungsbedarf. Die Beendigung der Tätigkeit in Bilthoven hing auch nicht damit zusammen, dass man mit den erzielten Resultaten unzufrieden gewesen wäre. Diese waren ganz im Gegenteil ausgezeichnet.

Zwischen dem Zentrum und den zuständigen niederländischen Ministerien bestanden nur sehr begrenzte Arbeitsbeziehungen, was vor allem in der zweiten Hälfte der Amtszeit des Zentrums der Fall war, in der ein solcher Austausch nahezu völlig zum Erliegen kam. Auch das Verhältnis zum RIVM gestaltete sich ziemlich schwierig. Die fachliche Zusammenarbeit funktionierte zwar gut, doch in einigen Fällen kämpfte man möglicherweise um die gleichen begrenzten Ressourcen. Außerdem ist die Frage berechtigt, ob die räumliche Nähe des Zentrums zum RIVM aus der Sicht der niederländischen Ministerien für Gesundheit und Umwelt nicht möglicherweise eine eigenständigere Profilierung des Zentrums erschwert hat. Hinzu kommt, dass sich das Regionalbüro nicht ausreichend um die Konsolidierung des ECEH Bilthoven bemüht hat. Beispielsweise wurde von Seiten der Leitung des Regionalbüros offensichtlich nur sehr wenig getan um zu verhindern, dass die Finanzierung des Zentrums 1999 gedrosselt und das Zentrum 2000 geschlossen wurde.

3.2.1.3 ECEH Bonn

In der Annahme, dass die Endfassung des Vertrags zwischen der Regierung von Deutschland und dem WHO-Regionalbüro für Europa die verfügbaren

Informationen widerspiegelt, sieht die Planung des ECEH Bonn in Bezug auf seine Finanzierung, Etablierung und voraussichtlichen Prioritäten äußerst viel versprechend aus.

3.2.1.4 MED-Einheit Athen

Der MED-Einheit kommt die wichtige Funktion zu, die Beteiligung der WHO/EURO an den MED POL-Aktivitäten sicherzustellen und für die Verbindung zum UNEP zu sorgen.

Das UNEP sieht seine Prioritäten in Aufgaben, die seiner direkten Finanzkontrolle unterliegen, im Gegensatz zu Aktivitäten, für die Mittel an Organisationen abgeführt werden; dies gilt insbesondere seit der Neuausrichtung des Mittelmeeraktionsplans (MAP) und der Umstrukturierung der Aktivitäten vor Ort, die von den Vertragsparteien (im Juni 1995) angenommen wurden. Das UNEP setzt die auf seine Ziele ausgerichteten Aktivitäten um, wobei die Mittel für andere Organisationen je nach deren Nutzen und ihrem Beitrag zu dem ausführlichen, von den Vertragsparteien (d. h. den Mittelmeerländern) angenommenen Arbeitsplan zugewiesen werden. Die beste Möglichkeit für die Weiterführung der Zusammenarbeit mit dem UNEP im Rahmen des MAP besteht für die WHO darin, sich strikt auf die Umsetzung von Aktivitäten zu beschränken, die auf die Erreichung von MAP-Vorgaben im Bereich Umwelt und Gesundheit abzielen.

Die Tatsache, dass die MED-Einheit nicht nur einen Ad-hoc-Etat für Personalkosten hat, sondern daneben alle Dienstleistungen und die Gastfreundschaft des UNEP in Anspruch nehmen kann, bewirkt, dass die Nachteile eines begrenzten Mitarbeiterstabs weniger krass zutage treten. Hilfreich ist auch, dass der zeitliche Rahmen der Programmumsetzung eine gewisse Flexibilität ermöglicht. Allerdings würde selbst eine begrenzte Ausweitung des Mitarbeiterstabs für dieses ohnehin schon gut arbeitende Büro großen Nutzen bringen. Ein wichtiger Schritt ist auch, dass für den Zeitraum 2001–2003 über die Global Environment Facility (GEF) pro Jahr zusätzliche Mittel in der Höhe von etwa 0,7 Millionen US-\$ beschafft werden konnten.

Der MED POL-Arbeitsplan und der Haushalt für zwei Jahre werden von den Mittelmeeranrainerstaaten auf ihrer alle zwei Jahre stattfindenden Tagung angenommen. Die Mittelzuweisungen für die Aktivitäten der Organisationen und die zu zahlenden Gehälter werden auf diesen Tagungen nach einem Voranschlag der MED-Einheit angenommen. Da die Länderbeiträge jedoch gelegentlich verspätet eingingen, wurden die Mittel vom UNEP zuweilen in drei Raten angewiesen; 1992 und 1993 hatte man erhebliche Außenstände und die Mittel waren unwiederbringlich verloren, während sie 1997 erst sehr spät zugeteilt wurden und daher nicht vollständig verbraucht werden konnten. Diese Schwierigkeiten wurden inzwischen behoben und das Geld fließt jetzt regelmäßig.

3.2.2 Gesundheitspolitik

Die personelle und finanzielle Unterstützung der gesundheitspolitischen Entwicklung ist im Regionalbüro seit vielen Jahren unzulänglich. Während der 90er Jahre entsprach die für den Bereich Entwicklung von Gesundheitspolitik vorgesehene Fachunterstützung in etwa 40%–50% einer P5-Stelle (die betreffende Mitarbeiterin war gleichzeitig für noch zwei weitere Programme zuständig). Die Einrichtung des ECHP bietet die Möglichkeit, diese Situation radikal zu ändern und in der WHO allmählich eine einzigartige Erfahrung und Sachkenntnis zum Thema Politikentwicklung aufzubauen.

Die vorhandenen Mitarbeiter reichen nicht aus für das „kritische Minimum“, besser wäre es, wenn man fünf Fachkräfte, einen IT-Experten und vier Verwaltungskräfte hätte.

Wenn nur geringe Ressourcen zur Verfügung stehen, wird die Prioritätensetzung unabdingbar. Bisher hat sich das ECHP in seiner Arbeit auf begrenzte Teilgebiete beschränkt, die für die gesundheitspolitische Entwicklung wesentlich sind, weshalb die Prioritätensetzung positiv zu beurteilen ist. Ohne ressourcenintensiven Arbeitseinsatz kann es bereits zu gesundheitlichen Verbesserungen führen, wenn man es den Mitgliedstaaten erleichtert, sich

mit der Methodik der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung und mit der Handhabung ressortübergreifender Maßnahmen vertraut zu machen. Vernetzte und umfassende Zusammenarbeit ist eine Kernstrategie. Das ECHP hat hier mit der Anknüpfung von Partnerschaften, dem Aufbau von Netzwerken und der Erschließung von Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Experten und Institutionen einen guten Anfang gemacht. Entscheidend ist, dass an dieser Priorität eindeutig festgehalten wird.

3.2.3 Integrierte Gesundheitsdienste

Bevor diese Initiative ins Leben gerufen wurde, widmete das Regionalbüro dem Bereich der integrierten Gesundheitsdienste Ressourcen im Umfang von zwei Stellen des höheren Dienstes, zwei Verwaltungsstellen und einem Etat von etwa 0,1 Millionen US-\$ pro Jahr, was in etwa einem jährlichen Gesamtbudget von 0,450 Millionen US-\$ entsprach. Zur Zeit beträgt das Jahresbudget ungefähr 1,7 Millionen US-\$.

Das Büro in Barcelona steckt zwar noch in der Startphase, doch bereits jetzt ist deutlich, dass es sehr viele Möglichkeiten eröffnet und ausgezeichnete Resultate zu erwarten sind, sobald die noch verbleibenden Schwierigkeiten, insbesondere in Bezug auf die Einstellung von Fachmitarbeitern des höheren Dienstes, gelöst sind.

Die zwischen der Generalität von Katalonien und dem WHO-Regionalbüro für Europa hinsichtlich der Personalausstattung getroffenen Vereinbarungen sind ziemlich umständlich und schwer umzusetzen. Nach Unterzeichnung des Abkommens mit der katalonischen Regierung wurden die Anstellungsbedingungen geändert. Ursprünglich sollten alle Verwaltungsmitarbeiter für die Aufgaben im GDO von der katalonischen Regierung abgestellt werden, doch seit Januar 2000 werden sie von der WHO bezahlt und sind jetzt somit alle WHO-Mitarbeiter. Stellenbeschreibungen wurden ausgearbeitet und die endgültige Auswahl der Mitarbeiter findet statt, sobald alle Stellen etabliert und die Stellenbeschreibungen fertiggestellt, eingestuft und gebilligt sind. Zur

Zeit „amtieren“ die Verwaltungsmitarbeiter in ihren Stellen, bis die offizielle Stellenbesetzung erfolgt.

Nach den vorliegenden Auskünften ist bisher weder die Stellenbeschreibung für den Leiter/die Leiterin des IHB noch das Qualifikationsprofil für die sechs Posten des höheren Dienstes fertiggestellt. Eine Berufung kann erst nach Abschluss dieses Prozesses erfolgen, trotz der Tatsache, dass die Mittel seit April 1999 zur Verfügung stehen und die Besetzung dieser Stellen für das effiziente Funktionieren des Zentrums wesentlich ist. Behindert wird die Einstellung von Fachkräften des höheren Dienstes auch durch die Tatsache, dass bisher noch kein Sitzstaatabkommen vorliegt, das den Mitarbeitern ihre Privilegien und Immunitäten zusichert (s. unten). Die Arbeitersituation ist deshalb zur Zeit äußerst unbefriedigend. Bisher hat noch keiner der im Zentrum arbeitenden Mitarbeiter einen „endgültigen“ Vertrag mit der WHO. Hinzu kommt, dass außer der Leiterin des Büros in den 18 Monaten des Bestehens des Zentrums noch keine weiteren Fachmitarbeiter des höheren Dienstes angeworben wurden.

Eine Vereinbarung zwischen dem Königreich Spanien und dem WHO-Regionalbüro für Europa, das den Mitarbeitern des Büros in Barcelona ihre Immunitäten und Privilegien zusichern soll, ist seit langem in Vorbereitung. Während der Tagung des Regionalkomitees in Kopenhagen wurde das Problem von Vertretern des Regionalbüros und der spanischen Delegation erörtert. Klar ist, dass die fachliche Vereinbarung von der katalanischen Regierung auf mündlichen Akzept des Gesundheitsministeriums hin unterzeichnet wurde, dass dieses an den Gesprächen jedoch nicht beteiligt war und das Gesundheitsministerium das Vorgehen unpassend findet. Während eines Besuchs des DOS in Madrid am 2. November 2000 (im Namen des Regionaldirektors) erläuterte Spanien, man werde einen Rahmen für die Zusammenarbeit mit der WHO erarbeiten und danach das Sitzstaatabkommen überprüfen.

Wenn das Zentrum vernünftig arbeiten und die für Personalzwecke von der katalanischen Regierung bereit gestellten Mittel ausnutzen soll, ist es entscheidend, dass diese unbefriedigende Situation möglichst bald überwunden

wird. (Hier ist anzumerken, dass die Subventionen für Mitarbeitergehälter für 2001 gekürzt wurden, da noch ungenutzte Mittel aus dem Jahr 2000 vorhanden waren).

Die Tatsache, dass der externe Sachverständigenbeirat bisher noch nicht zusammengerufen wurde, ist ein weiteres Zeichen für die bestehenden Probleme, wenngleich verständlich ist, dass eine Tagung des AB als wenig sinnvoll empfunden wird, solange die meisten Fachmitarbeiter fehlen. Auf jeden Fall ist die derzeitige AB-Regelung für dieses Büro (wie auch für die anderen GDOs) als nicht befriedigend zu betrachten (s. Abschnitt 3.1.2).

Zu bemerken ist außerdem, dass die Maßnahmen für die Evaluation der Arbeit des Zentrum nicht völlig zufriedenstellend sind, obwohl dies für das Büro in Barcelona, das sich noch in den Anfängen befindet, bisher noch kein dringliches Problem darstellt. Der AB ist kein auf diese Aufgabe spezialisiertes Gremium, da insbesondere die Analyse der Kostenwirksamkeit eine spezifische Sachkenntnis voraussetzt. Außerdem ist der AB vielleicht voreingenommen, da er zum Teil auch als Managementberater fungiert hat.

3.2.4 Investition für Gesundheit und Entwicklung

Die Planung des Büros in Venedig verläuft zufriedenstellend. Das gilt für die Finanzierung und andere freiwillige Beiträge sowie für die Maßnahmen, die sicherstellen sollen, dass fruchtbare Aktivitäten nicht nur auf internationaler, sondern auch auf örtlicher Ebene durchgeführt werden.

3.2.5 HPO Helsinki

Das Büro in Helsinki hat eine äußerst heikle Aufgabe zu erfüllen. Ihm obliegt u. a. die Koordination der gesundheitlichen Aspekte des globalen WHO-Kernkraft-Katastrophenschutzes.

Einiges des bisher Erreichten lohnte zwar den Einsatz, doch das Büro kämpft ganz eindeutig mit dem Problem der Personal- und Ressourcenknappheit.

Der kleine finnische Beitrag beschränkt sich auf Räumlichkeiten und bestimmte Aktivitäten. Die Zuschüsse des Regionalbüros sollen hauptsächlich die Gehälter von zwei Mitarbeitern bezahlen, und der begrenzte freiwillige Beitrag aus Deutschland dient zur Zeit hauptsächlich zur Deckung der Betriebskosten. Außer dieser äußerst begrenzten Finanzierung sind im Programmhaushalt keine Mittel für das Büro vorgesehen. Die Zahl der Mitarbeiter reicht nicht aus, um das so genannte „kritische Minimum“ zu bilden und mehrere Programme mussten aufgegeben werden, weil das HPO Helsinki selbst die dafür erforderliche Mindestfinanzierung nicht sichern konnte.

Außerdem müssen Mandat und Prioritäten des HPO geklärt und angesichts der Rolle der WHO im Zusammenhang mit Hintergrundstrahlung und Kernkraftkatastrophenschutz gestärkt werden. Zahlreiche, auf vielen Ebenen in der WHO bestehende Probleme im Hinblick auf die Leitung des WHO-Strahlenprogramms und die Aufgabenverteilung zwischen IAEA und WHO sowie zwischen dem WHO-Hauptbüro und dem WHO-Regionalbüro für Europa haben die Arbeit beeinträchtigt und zugleich verhindert, dass das HPO seiner vereinbarten Aufgabe nachkommen konnte. Wenn die WHO die Verantwortung für den Schutz vor möglichen gesundheitlichen Folgen von Kernkraftkatastrophen übernommen hat, dann sollte sie diese Aufgabe auch ernst nehmen. Auf jeden Fall hätte eine größere Katastrophe, gleichgültig wo auf der Welt, enorme politische Konsequenzen und würde weltweit ein Schlaglicht auf die Rolle der zuständigen Gesundheitsverwaltungen werfen. Wenn eventuelle Schutzmaßnahmen nicht im Voraus geplant sind, werden die Reaktion und die Vorwürfe auf die WHO zurückfallen.

3.3 Schlussfolgerungen

Die sich aus der Untersuchung ergebenden allgemeinen Schlussfolgerungen sind im Folgenden in Fragen und Antworten zusammengefasst.

3.3.1 Brauchen wir GDOs?

Die Zukunft der internationalen Public Health-Arbeit in Europa ist zweifellos eng mit der sinnvollen Einrichtung von WHO-Büros in den Mitgliedstaaten verbunden. Diese Büros sollten eng mit Kopenhagen zusammenarbeiten. Diese strukturell zum WHO-Regionalbüro gehörigen, geographisch in anderen Ländern angesiedelten Büros ermöglichen es dem Regionalbüro, seinen Tätigkeitsbereich auszuweiten, zusätzliche Ressourcen einzuwerben und die Mitgliedstaaten wirksamer in die Arbeit der WHO einzubinden. Sie bringen zusätzliche Sachkenntnis mit sich und sollten der WHO einen stärkeren Zusammenhalt verleihen. Die während der letzten zehn Jahre mit der Etablierung von GDOs erzielten Resultate sind sehr befriedigend und die Aussichten für die Zukunft sogar noch viel versprechender.

3.3.2 Wie sollte die WHO darüber entscheiden, welche Themenbereiche abzudecken sind?

Wesentlich ist, dass jedes GDO in das klare Rahmenkonzept des WHO-Regionalbüros passt und Teil der WHO-Prioritäten ist. Die Kernfrage lautet: „Was braucht das WHO-Regionalbüro für Europa und was sind seine Prioritäten?“ Erst nach Beantwortung dieser Frage lässt sich entscheiden, welches GDO benötigt wird. Die Entscheidung über den Standort des GDOs sollte nicht ausschließlich nach der Verfügbarkeit von Ressourcen gefällt werden, sondern sich auch danach richten, ob dort die nötige Sachkenntnis vorhanden ist und andere Voraussetzungen erfüllt sind.

3.3.3 Sollte es noch weitere GDOs geben?

Die Antwort lautet ganz sicher Ja. Sie sollten wie in Abschnitt 3.3.2 oben angeführt definiert werden. Wesentlich ist, dass die neuen GDOs den programmatischen Prioritäten des WHO-Regionalbüros für Europa entsprechen und dass sie von Anfang an strukturell richtig etabliert werden.

3.3.4 Wo sollte man GDOs ansiedeln?

Eine Methode der Standortwahl wäre, wenn man, nach der Entscheidung über den Aufgabenbereich die Prioritäten mit einem oder mehreren Mitgliedstaaten erörtern würde. Auf diese Weise wäre damit Prestige verbunden und die Mitgliedstaaten wären an einem GDO interessiert. In dieser Phase können das Anlaufverfahren festgelegt, die Finanzierung etabliert und die Arbeitsbeziehungen bestimmt werden.

3.3.5 Wie sollten diese GDOs geleitet werden?

Gebraucht wird eine Leitungsstruktur, die das Büro effektiv mit dem Regionalbüro, dem Gastland und anderen, an dem Büro interessierten Mitgliedstaaten verbindet. Auf einer Ebene benötigt man eine Leitungsstruktur, die für den täglichen Betrieb des Büros zuständig ist und an deren Spitze der Leiter des Büros steht. Darüber hinaus müssen jedoch alle internen und externen Partner zusammengebracht werden. Das wäre die Aufgabe des Koordinationsbeirats. Den Vorsitz dieses Beirats könnte ein leitender Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros übernehmen und der Beirat brauchte nicht mehr als einmal im Jahr zu tagen. Danach bleibt noch die Rolle des externen Sachverständigen oder Wissenschaftlichen Beirats. Er könnte als eine Gruppierung erfahrener Wissenschaftler gesehen werden, deren Funktion es wäre, sich zur wissenschaftlichen Arbeit, nicht zum Management des Büros zu äußern. Diese beiden Funktionen müssen getrennt gehalten werden.

3.3.6 Leiter des Büros – Beziehung zum Regionalbüro

Hier hat man es mit einem über den Erfolg des Büros entscheidenden Punkt zu tun. Der Leiter des Büros sollte als Mitarbeiter des Regionaldirektors gesehen werden und einen leitenden Mitarbeiter des Regionalbüros als Ansprechpartner haben. Falls eine Reihe ähnlicher Büros bestehen, können sie partnerschaftlich koordiniert und weiterentwickelt werden. Die Büros für Umwelt und Gesundheit könnten dafür ein gutes Modell abgeben.

3.3.7 Wie sollte die Personal- und Finanzausstattung der einzelnen Büros aussehen?

Das hängt von der Thematik und den Arbeitsaufgaben ab, deutlich ist jedoch, dass das Potenzial der GDOs nicht voll ausgeschöpft werden konnte, wenn diese Fragen nicht genügend geklärt waren.

3.3.8 Welche Stellung haben diese Büros im Vergleich zu Kooperationszentren?

Die Kooperationszentren bringen dem Regionalbüro zusätzliche Fachressourcen ein. Es handelt sich bei diesen Zentren um spezialisierte Einheiten, die für das WHO-Regionalbüro oder das WHO-Hauptbüro arbeiten, jedoch nicht Teil der eigentlichen Organisationsstruktur sind. Sie sind unabhängiger und erhalten im allgemeinen von der WHO nur geringe finanzielle Zuschüsse. Andererseits stellen sie eine ganz erhebliche Ressourcenquelle dar und könnten effektiv mit Büros mit ähnlichen Aufgabenfeldern verbunden werden. Die meisten GDOs haben äußerst positive Beziehungen zu den einschlägigen Kooperationszentren aufgebaut und schaffen damit breitere Netzwerke.

4 EMPFEHLUNGEN

4.1 Allgemeine Empfehlungen

Die wichtigste Empfehlung dieses Berichts lautet, dass die WHO/EURO und ihre Mitgliedstaaten die bestehenden GDOs konsolidieren und auch für andere Kernbereiche des Gesundheitssektors die Einrichtung von GDOs in Erwägung ziehen sollten. Dafür sollte das WHO-Regionalbüro für Europa ein konkreteres Gesamtkonzept haben und verfolgen, mit dem man die Vorteile von GDOs bestmöglich ausnutzen und die möglichen Nachteile auf ein Mindestmaß begrenzen kann.

In den folgenden Abschnitten geht es um die wichtigsten Elemente eines solchen Konzepts.

4.1.1 Mandat, Funktionen und Prioritäten

Mandat, Funktionen und Prioritäten der einzelnen GDOS sollten sich auf einen „Kernbereich“ der Aktivitäten des WHO-Regionalbüros für Europa beziehen und für die gesamte Laufzeit der GDO-Vereinbarung klar festgelegt sein. Grundsätzlich sollte das GDO in seinem Kompetenzbereich die folgenden Funktionen übernehmen:

- ❖ Konzeptionelle Arbeit,
- ❖ Fachaktivitäten, u. a. Fortbildung, und
- ❖ Stützende Länder- und Mehrländeraktivitäten.

Grundsatzentscheidungen und die übergeordnete konzeptionelle Entwicklung sollten allerdings unter der ausschließlichen Zuständigkeit des Regionaldirektors und des Regionalkomitees verbleiben.

Die Aktivitäten des GDOs und des Regionalbüros sollten sich nicht überschneiden und es sollte auch keine Doppelgleisigkeiten geben. Vermieden werden sollte möglichst auch, dass sich ein GDO bestimmte, zu seiner Kernfunktion zählende Aktivitäten mit dem Regionalbüro in Kopenhagen teilt. Jedes GDO sollte ein echter Bestandteil der WHO/EURO sein und als solcher gesehen werden.

Bei Bedarf sollten Weisungsbefugnisse delegiert werden. Jedes GDO sollte imstande sein, in seinem Kompetenzbereich hochkarätige fachliche und wissenschaftliche Arbeit zu leisten.

4.1.2 Ressourcen und Laufzeit der Vereinbarung

Ressourcen sind offensichtlich der Schlüssel zum Erfolg. Vor Abschluss der Verhandlungen zwischen dem Regionalbüro und den beitragenden Partnern sollte gründlich untersucht werden, welche finanziellen Ressourcen für die Durchführung der jedem GDO zugeordneten Hauptaufgaben erforderlich

sind. Die für den reibungslosen Betrieb des GDOs erforderlichen *Kernressourcen* sollten grundsätzlich sowohl von diesen Partnern wie vom Regionalbüro kommen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eindeutig, dass dieses Problem bereits in der Frühphase der Planung gelöst werden muss, wobei die dauerhaft von der WHO bereitgestellten Ressourcen besonders wichtig sind, da sich darin die Bereitschaft der Organisation widerspiegelt, langfristig zu der Arbeit des Zentrums beizutragen. Die Bereitschaft des Gastlandes und anderer Partnerländer, außerordentliche Ressourcen zu finden, hängt davon ab, ob die Vereinbarungen ausreichen und langfristig angelegt sind.

Kein GDO sollte eingerichtet werden, wenn die dazu beitragenden Partner nicht sicherstellen können, dass die „kritischen Mindestbedingungen“ erfüllt sind, die zur Durchführung der in der Vereinbarung festgelegten Hauptaufgaben gegeben sein müssen.

Was als Mindestbedingungen zu gelten hat, hängt offensichtlich von den dem Büro zugedachten Aufgaben und anderen Faktoren ab, normalerweise sollten sie jedoch eine Personalausstattung von etwa zehn Mitarbeitern und die geeigneten Räumlichkeiten, die Einrichtung, Computerarbeitsplätze sowie die für den laufenden Betrieb erforderlichen Mittel umfassen, wenn die Mitarbeiter imstande sein sollen, ihre Arbeit für mehrere Jahre sinnvoll zu planen. Sollten Situationen denkbar sein, in denen diese Mindestanforderungen nicht erfüllt sind, müsste man die Lage von Fall zu Fall genauestens untersuchen und Abweichungen vernünftig begründen.

Da ein außerhalb von Kopenhagen eingerichtetes GDO ganz andere Kosten tragen muss, die wahrscheinlich auch über denen eines vergleichbaren Büros in Kopenhagen liegen, sollte ein Sonderetat zur Verfügung stehen, um die notwendige Stärkung der Koordination mit dem Regionalbüro sicherzustellen, wozu auch eine zentralisierte Dateienablage, regelmäßige gegenseitige Besuche und Ad-hoc-Fortbildungsangebote in Kopenhagen und am Standort des GDOs gehören.

Die zeitliche Existenzdauer eines GDOs von zehn Jahren bzw. zweimal fünf Jahren wäre als Minimum zu empfehlen. Kürzere Zeiträume sind angesichts der erheblichen zeitlichen Verschiebung, die für die Einrichtung eines neuen GDOs erforderlich sein könnte, und der mit dem Erneuerungsverfahren verbundenen Arbeitsaufwands nicht empfehlenswert.

Das Erneuerungsverfahren ist eine äußerst kritische Zeitspanne für das GDO. Auch wenn sich das GDO wirklich bemüht, sein Mandat vor Ablauf der Frist erneuern zu lassen, wird es wahrscheinlich erleben, dass es einige Monate ohne die freiwilligen Zahlungen der beitragenden Partner auskommen muss. Deshalb wird empfohlen, dass sich das GDO von vornherein auf eine solche Möglichkeit einstellt und für alle Eventualitäten ein „Pufferbudget“ etabliert.

4.1.3 Mittelbeschaffung

Die Mittelbeschaffung ist für das Zentrum lebenswichtig. Das Gastland und andere Mitgliedstaaten müssen sich über ihre Verantwortung im Klaren, zugleich aber auch sicher sein, dass sie, wenn sie finanzielle Verpflichtungen eingehen, etwas für ihr Geld bekommen. Die Beschaffung von Mitteln aus anderen Quellen wird erschwert, wenn die Situation des GDOs unsicher ist und die Ressourcenknappheit sich negativ auf seine Produktivität auswirkt. In dem Fall könnte sich die Beschaffung zusätzlicher Mittel als ausgesprochen schwierig erweisen und u. U. die gesamte Initiative zum Erliegen bringen.

Ein GDO ist langfristig nur dann überlebensfähig, wenn es aus mehreren Quellen finanziert wird. Die Länder sollten angehalten werden, sich als Geldgeber für eine bestimmte Zeitspanne oder für bestimmte Projekte zu verpflichten. Solche Finanzierungsvereinbarungen sind allerdings auch zeitaufwändig und arbeitsintensiv und müssen stark und deutlich durch speziell dafür geschulte Mitarbeiter unterstützt werden. Ohne Mitarbeiter mit entsprechendem Hintergrund und ausreichender Schulung ist der Mittelbeschaffung kein Erfolg beschieden. Da die meisten GDOs wahrscheinlich sowieso zu wenig Mitarbeiter haben werden und angesichts der anderen oben angestellten Überlegungen, sollte die Mittelbeschaffung

angestellten Überlegungen, sollte die Mittelbeschaffung nicht nur dem einzelnen GDO obliegen, sondern auch in den Verantwortungsbereich der Leitung des Regionalbüros fallen.

Folglich sollte das Regionalbüro anstreben, dass für die Arbeit von GDOs von anderen als den ursprünglichen Partnern kommende, zusätzliche Mittel zur Verfügung stehen, so dass bereits im dritten Jahr des Bestehens eines neuen GDOs der Gesamtetat für die laufenden Programmkosten und die konkreten Aktivitäten erheblich aufgestockt werden kann. Eine erfolgreiche Mittelbeschaffung dürfte für das Regionalbüro sehr viel mehr Vorteile bringen, als nach seinem finanziellen Eigenbeitrag zu erwarten wäre. Sehr wichtig wäre es, auch weniger wohlhabende Länder zu ermutigen, ihren Möglichkeiten entsprechend zur Einrichtung von GDOs beizutragen.

4.1.4 Rekrutierung von Mitarbeitern: Privilegien und Immunitäten

Damit sichergestellt ist, dass die GDOs einen festen Bestandteil des WHO-Regionalbüros für Europa bilden (und als solcher gesehen werden), ist es wichtig, dass die Kernmitarbeiter international angeworben und die Privilegien und Immunitäten der WHO voll anerkannt werden. Da Privilegien und Immunitäten im Allgemeinen nur durch ein Abkommen mit der nationalen Regierung des Gastlandes (das oftmals die Ratifizierung durch das Parlament erfordert) gewährt werden können, sollte das Regionalbüro in Ländern mit dezentralisiertem Gesundheitssystem (wie z. B. in Deutschland, Italien und Spanien) unbedingt darauf achten, dass die Verhandlungen über die Etablierung eines GDOs mit dem nationalen Gesundheitsministerium geführt werden, auch wenn es sich bei dem beitragenden Partner um ein regionales oder kommunales Organ handelt. Deshalb muss das nationale Gesundheitsministerium das Sitzstaatabkommen unterzeichnen, auch wenn es sonst keine Ressourcen beisteuert. Wenn dies nicht beachtet wird, könnten unge löste Probleme die Startphase des GDOs erschweren.

Die Anstellung örtlicher Mitarbeiter ist zwar akzeptabel, solange es sich dabei nicht um Kernmitarbeiter handelt. Sie kann zudem die Zusammenarbeit mit der Gastregierung stärken, weil sie einen zusätzlichen Anreiz bildet, doch in einigen Fällen wäre es besser, die Eröffnung eines GDOs zu verschieben, statt die Mitarbeiter ihre Arbeit ohne Anerkennung ihrer Immunitäten und Privilegien aufnehmen zu lassen.

Ein andere Möglichkeit wäre es, mit dem Gastland ein „Dachabkommen“ zu unterzeichnen, das grundsätzlich die Einrichtung von GDOs in einem bestimmten Land, also nicht die eines bestimmten GDOs abdeckt. In der Praxis könnte dieses Vorgehen die Etablierung neuer GDOs beschleunigen.

4.1.5 Beziehungen zum Gastland und anderen Beitragsländern

Die wichtigste Motivation für solche Partnerschaften ist im Prinzip zwar die internationale Solidarität, entscheidend ist jedoch auch, dass das GDO bereit ist, dem Gastland und anderen Beitragsländern bei der Umsetzung von WHO-Konzepten zu helfen und ihnen bei der Lösung gesundheitlicher Probleme beizustehen, für die internationale Zusammenarbeit erforderlich oder nützlich ist. Außerdem sollten alle GDOs vor Ort möglichst weitgehend in räumlicher Nähe von Gesundheitseinrichtungen und NGOs und mit diesen zusammen arbeiten. Die Beziehungen zwischen dem GDO und den zuständigen Behörden des Gastlandes und anderer Beitragsländer sind von allergrößter Bedeutung. ES handelt sich dabei um die Wahrung eines empfindlichen Gleichgewichts, das sich von Land zu Land unterschiedlich gestalten mag. Voraussetzung ist eine gute Führung des GDOs und des Regionalbüros.

Ziemlich wirksam wären im Sitzstaatabkommen in dieser Hinsicht insbesondere Bestimmungen, die Folgendes festlegen:

- ◆ Im Rahmen der Arbeit des GDOs berücksichtigt das WHO-Regionalbüro für Europa vollumfänglich und gründlich die von den Partnern vorgelegten Vorschläge für fachlichen Beistand und die Zusammenarbeit, die in

dem betreffenden Land oder der Region umzusetzen sind und unter das Mandat des GDOs fallen.

- ◆ Im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit zwischen [...] und dem WHO-Regionalbüro für Europa untersucht das nationale oder regionale Gesundheitsministerium die wirksamsten Möglichkeiten einer Einbeziehung des GDOs in die auf nationaler und internationaler Ebene von [...] geförderten Aktivitäten, die dem Mandat des GDO entsprechen, sowie jede andere mögliche Zusammenarbeit zwischen letzterem und fachlichen und wissenschaftlichen Einrichtungen vor Ort und mit anderen einschlägigen Einrichtungen in deren Kompetenzbereichen.

Dabei sollte das GDO des WHO-Regionalbüros sein deutliches Profil wahren, um nicht mit ähnliche Funktionen ausführenden nationalen Einrichtungen verwechselt zu werden oder diesen Konkurrenz zu machen.

Auf keinen Fall darf die Arbeit mit den Beitragsländern bzw. dem Gastland dominieren, und die durchgeführten Aktivitäten müssen den meisten Mitgliedstaaten zugute kommen.

4.1.6 Wissenschaftlicher Beirat und Koordinationsrat

Die Verwaltungs-/Managementstrukturen und die wissenschaftliche Struktur sollten klar getrennt sein und für jedes GDO einzeln und innovativ gestaltet werden.

Dem Wissenschaftlichen Beirat kommt die äußerst wichtige Funktion zu, ein oder mehrere GDOs, die in verwandten Bereichen arbeiten, wissenschaftlich und fachlich zu beraten. Der Wissenschaftliche Beirat darf nicht mit dem „Koordinationsbeirat“ verwechselt werden. Er sollte nicht für Verhandlungen zwischen dem Regionalbüro für Europa und den zum GDO beitragenden Partnern eingesetzt werden. Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats ist es, die wissenschaftlichen Resultate des Büros zu überprüfen und das GDO hinsichtlich anderer wissenschaftlicher und fachlicher Fragen zu beraten. Das Leitkriterium für die Auswahl der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats sollten ihre wissenschaftlichen und fachlichen Qualifikationen sein. Bei den

Mitgliedern des Beirats sollte es sich um höchst qualifizierte und unabhängige Experten handeln. Die Mitglieder sollten aus ihrem Kreis einen Vorsitzenden wählen, der nicht Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros oder ein „Vertreter“ der zum GDO beitragenden Partner ist, obwohl letztere die Möglichkeit haben sollten, ein einschlägig qualifiziertes Mitglied im Beirat zu stellen. Die Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats könnte sich gegebenenfalls auch ändern und sich nach der jeweils erörterten Thematik richten.

Der Koordinationsbeirat sollte dagegen das Büro wirksam mit dem Gastland und anderen, an der Arbeit des GDOs interessierten Mitgliedstaaten verbinden. Er sollte von einem erfahrenen Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros geleitet werden und aus Vertretern aller internen und externen Partner bestehen.

4.1.7 Evaluationsverfahren

Selbstverständlich muss in bestimmten Abständen eine Evaluation stattfinden, die auch die Beurteilung der Kostenwirksamkeit des GDOs einschließt, damit man sicher sein kann, dass die verfügbaren Ressourcen gut genutzt und mögliche Hindernisse ermittelt werden, die rechtzeitig zu beheben sind. Das Evaluationsverfahren für die GDOs sollte sich jedoch nicht von dem in Kopenhagen benutzten unterscheiden. Deshalb sollten die GDOs, so wie die Programme in Kopenhagen, alle zwei Jahre im Zusammenhang mit der Haushaltsaussprache vom Regionalkomitee evaluiert werden. Allerdings könnte es sinnvoll sein, die erste offizielle Evaluation eines GDOs etwa drei Jahre nach seiner Einrichtung durchzuführen, da die Etablierung eines GDOs eine gewisse Zeit dauern kann. Für die Evaluation könnte ein vom Wissenschaftlichen Beirat erstellter Bericht hilfreich sein, die eigentliche Evaluation sollte jedoch nicht Aufgabe des Beirats sein. Das Evaluationsverfahren ist also notwendig, sollte andererseits aber auch nicht zu zeitraubend sein und darf die Arbeit des GDOs nicht behindern. Es sollten dafür allgemeine Leitlinien aufgestellt werden.

4.1.8 Profil des Leiters des Büros

Der Leiter des Büros sollte nicht nur ein hoch qualifizierter internationaler Bediensteter und mit den Konzepten und Arbeitsverfahren des WHO-Regionalbüros für Europa sehr vertraut sein, sondern er sollte in der täglichen Arbeit auch als anerkannte Schnittstelle zwischen den nationalen und kommunalen, die zum GDO beitragenden Partner repräsentierenden Behörden fungieren. Außerdem sollte er in dem interessierten Land die Rolle einer Art „Hüter“ des Regionalbüros übernehmen und umgehend auf Ereignisse reagieren, die Bedeutung für die Gesundheit haben und für das WHO-Regionalbüro für Europa interessant sein könnten. Diese Funktion sollte eine Querverbindung zum WHO-Vertreter oder WHO-Länderreferenten haben, sofern es diese in dem betreffenden Land gibt. Der Leiter sollte auch imstande sein, jede Gelegenheit zu zusätzlichen Kontakten mit Partnern vor Ort zu ergreifen. Darüber hinaus muss er Weitblick besitzen und eine innovative Einstellung beweisen, damit die GDOs als Pioniere und Speerspitze europäischer Entwicklungen gesehen werden, und er muss den Teamgeist fördern können. Auch wenn zum Regionalbüro (und zum Hauptbüro) die besten Beziehungen bestehen, bleiben die GDOs relativ kleine Einheiten, für die ein guter Teamgeist unerlässlich ist, wenn sie effektiv funktionieren sollen.

Alle die oben angeführten Funktionen könnten im Prinzip statt von einer Person auch von einem Team ausgeführt werden, es wäre jedoch äußerst nützlich, wenn der Leiter des Büros alle genannten Voraussetzungen erfüllen würde. Der ideale Kandidat für den Posten hat bereits mehrere (vorzugsweise etwa fünf) Jahre für das Regionalbüro gearbeitet, möglichst in einem den Arbeitsaufgaben des GDOs nahe stehenden Bereich. Die Erfahrung und die Nationalität des GDO-Leiters müssen gründlich erwogen werden, damit er von den nationalen und kommunalen Behörden als gültiger Ansprechpartner akzeptiert wird.

Ein den Anforderungen genügender Leiter des Büros ist eine *unabdingbare Voraussetzung* für den Erfolg eines neuen GDOs, weshalb die Stellenbesetzung rechtzeitig geplant werden sollte.

4.1.9 Etablierungsverfahren

Die Anlaufphase ist für die Etablierung eines neuen GDOs äußerst kritisch. Deshalb sollte in dieser Phase nach einem Standardverfahren vorgegangen werden, das vor allem Folgendes beinhalten muss:

- die Einsetzung der administrativen Kontaktperson in Kopenhagen,
- Festlegung der von der Verwaltung in Kopenhagen für das GDO zu übernehmenden Stützfunktionen,
- Festlegung der Qualifikationsprofile und berufsbegleitenden Fortbildungsaktivitäten für die neuen Mitarbeiter im GDO selbst und (gegebenenfalls) in Kopenhagen,
- Anreize für die Verwaltungsmitarbeiter in Kopenhagen, damit diese bereit sind, sich für kürzere Zeit an das GDO versetzen zu lassen.

Sehr wichtig ist, dass die in Kopenhagen tätigen Mitarbeiter nicht das Gefühl haben, die Etablierung eines neuen GDOs ginge sie nichts an. Sie sollten sich engagiert für den Erfolg der Initiative einsetzen.

4.1.10 Die Kosten der Programmunterstützung und andere finanzielle Fragen

Schwer verständlich ist, dass das Regionalbüro von den Beiträgen 13% für die Kosten der Programmunterstützung abzieht, wenn man bedenkt, dass das Regionalbüro mit der Etablierung eines GDOs in Wirklichkeit seine Fähigkeit zur Bewältigung seiner Kernfunktionen verbessert. Diese Art Abzüge, die vor langer Zeit und ganz eindeutig für andere Arten von finanziellen Beiträgen beschlossen wurden, sind bei den Gebern speziell unbeliebt, da diese das Gefühl haben, damit doppelt belastet zu werden, und nicht verstehen, weshalb sie einen zusätzlichen Beitrag mit unbekanntem Verwendungszweck leisten müssen, nur weil sie das Regionalbüro unterstützen wollen. Das Regionalbüro sollte sich überlegen, wie man dieses Problem praktisch lösen könnte, um unnötige Abzüge von den für die Etablierung eines GDOs

bestimmten freiwilligen Beiträgen zu vermeiden, oder zumindest sollte man sicherstellen, dass diese Ressourcen wieder in das GDO investiert werden für Aktivitäten, um die man sich in Kopenhagen oder andernorts kümmert.

Ein weiterer erwägenswerter finanzieller Aspekt ist der mögliche finanzielle Verlust, der entsteht, wenn die finanziellen Beiträge von einem nationalen oder regionalen Partner an das Regionalbüro überwiesen werden, um danach an das GDO im Ursprungsland zurückzugehen.

4.1.11 Die Beziehungen zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa und den zum GDO beitragenden Partnern

Das Regionalbüro sollte sich dazu verpflichtet fühlen, die zuständigen Behörden, die die zum GDO beitragenden Partner vertreten, über die Erfolge eines GDOs auf dem Laufenden zu halten. Man sollte verschiedene Gelegenheiten für hochrangige Treffen wahrnehmen und gemeinsam die Entwicklung und die Resultate eines jeden GDOs analysieren. Diese Kontakte dürfen allerdings nicht nur dem Leiter des Büros überlassen werden, sondern sollten auch Angelegenheit der Leitung in Kopenhagen, möglicherweise sogar des Regionaldirektors, sein.

Die Verhandlungen über die Etablierung eines neuen GDOs sollten nach dem gleichen Muster geführt werden wie die Verhandlungen über die Änderung einer Vereinbarung bei Vertragserneuerung. Man sollte gründlich überlegen, ob es nicht machbar wäre, im Regionalbüro einem hochrangigen Bediensteten die Gesamtkoordination zu übertragen, um damit die Beziehungen zwischen dem Regionalbüro und allen Finanzierungspartnern zu harmonisieren.

4.1.12 Sonstige Aspekte

- Die auf den Arbeitsbereich eines GDOs spezialisierten Kooperationszentren sollten als natürliche Partner dieses GDOs gesehen werden. Vernetzung und die Förderung einer interaktiven Zusammenarbeit sind unbedingt erforderlich.

- Wenn in einem bestimmten Land ein GDO eingerichtet wird, sollte darauf geachtet werden, dass seine Platzierung und die Kommunikationswege deutlich sind und das GDO nicht mit irgendeiner anderen Einrichtung am Ort verwechselt wird. Diese Gefahr ist wahrscheinlicher, wenn das GDO keinen unabhängigen Standort hat, sondern Unterkunft bei einer nationalen Einrichtung findet.
- Auf keinen Fall sollte sich ein GDO darauf einlassen, den Kontakt zu den Gesundheitsbehörden der Gastregion oder des Gastlandes systematisch über eine fachliche oder wissenschaftliche Einrichtung des Gastlandes laufen zu lassen, weil dies seine Stellung untergraben könnte.
- Das ECEH in Rom und das IHB in Barcelona haben bereits ein Vorschusskonto, doch zur Zeit müssen noch alle Dokumente, die finanzielle Verpflichtungen beinhalten, wie z. B. Warenaufträge, Werkverträge und die Genehmigung von Dienstreisen, aus finanziellen Gründen von der Haushaltsabteilung in Kopenhagen genehmigt werden, und Werkverträge werden außerdem noch vom Büro der Verwaltungsdirektorin genehmigt. Wenn man dem Leiter des GDOs die Weisungsbefugnis übertragen, vor Ort ein Bankkonto eröffnen und das Vorschusskonto als Überwachungssystem benutzen würde, könnten einige dieser Dokumente von den GDOs selbst ausgestellt werden. Das könnte in Kopenhagen wiederum ziemlich viel Verwaltungsarbeit sparen und würde die Abwicklung erleichtern und beschleunigen. Eine Änderung der derzeitigen Politik könnte sich deshalb als kostenwirksam erweisen.
- Alle GDOs sollten ihre Erfahrungen austauschen und unter sich die allen gemeinsamen Herausforderungen und Lösungen erörtern, wobei in diese Diskussionen auch die Direktoren aus dem Regionalbüro und andere leitende Mitarbeiter des Regionalbüros einzubeziehen sind. Außerdem sollten die GDO-Mitarbeiter an wichtigen Veranstaltungen in Kopenhagen teilnehmen, und zwar unter Ausnutzung der Möglichkeiten,

die sich durch Videokonferenzen und Ähnliches eröffnen. Dadurch würde ein dynamische Lernumfeld entstehen, was vor allem auch für die wahrscheinlich künftig noch entstehenden GDOs sehr wichtig wäre.

4.2 Konkrete Empfehlungen für die einzelnen GDOs

4.2.1 ECEH Rom

Der Schwerpunkt sollte in nächster Zukunft auf der Erneuerung der im Jahr 2001 auslaufenden Vereinbarung liegen. Das wichtigste Ziel sollte es sein, die Dauer des Sitzstaatabkommens von fünf auf zehn Jahre zu verlängern und einen „Beirat“ einzusetzen, um den wissenschaftlichen Standard des ECEH (zu dem außer Rom auch die GDOs in Bonn und Athen gehören) zu wahren. Außerdem wäre es sehr hilfreich, wenn man ein offizielles und sachgerechtes Evaluationsverfahren einführen würde, mit dem auch die Kostenwirksamkeit des GDOs beurteilt werden müsste. Die Tätigkeit aller ECEH-Büros könnte alle zwei Jahre vom Regionalkomitee beurteilt werden, und zwar anhand eines vom Wissenschaftlichen Beirat auszuarbeitenden Berichts. Ein ähnlicher Evaluationsmechanismus wäre auch für die anderen GDOs des Regionalbüros nützlich.

4.2.2 ECEH Bonn

Im Bereich „Wasser und Hygiene“ könnten einige Überschneidungen und Doppelgleisigkeiten mit dem ECEH-Büro in Rom existiert haben. Nach letzten Angaben ist dieses Problem jedoch mittlerweile gelöst. Das Bonner Büro konzentriert seine Tätigkeit auf die „städtische Umwelt“, d. h. auf die Aufgabenbereiche Luftgüte, Siedlungswesen, Lärm und Gesundheitsindikatoren.

Während der Fertigstellung des vorliegenden Berichts wurden mehrere für die Entwicklung des Bonner Büros wichtige Schritte unternommen:

- In Zusammenarbeit mit dem Hauptbüro wurde eine überarbeitete „Strategie- und Arbeitsplanübersicht“ erstellt, die den Mitarbeitern des Regionalbüros am 8. Februar 2001 vorgelegt wurde.

- Die Abkommen zwischen der WHO und der Bundesrepublik Deutschland wurde am 8. März 2001 in der deutschen Botschaft in Kopenhagen vom Regionaldirektor und dem Botschafter der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet.
- Eine Zusammenkunft im Bonner Bundeshaus bot die Möglichkeit für eine kleine Feier, bei der das Bundesumweltministerium und der Regionaldirektor gemeinsam mit Vertretern der Universität Bonn und der Stadt Bonn der offiziellen Eröffnung des Büros im „Langen Eugen“ (der zuvor Büros von Bundestagsabgeordneten beherbergte) beiwohnten.

Es wird empfohlen, die künftige Entwicklung des Bonner Büros ausgehend von den in diesem Bericht abgegebenen Empfehlungen zu verfolgen.

4.2.3 HPO Helsinki

Die Lösung der zahlreichen Probleme dieses Büros bedarf einer starken Initiative. Problematisch ist die personelle und finanzielle Ressourcensituation des Büros, aber auch seine Aufgaben und Prioritäten bedürfen der Klärung.

Das HPO konnte und kann sowohl in Bezug auf den Katastrophenschutz insgesamt wie auch im Hinblick auf die breiteren Aspekte des Strahlenprogramms von der erheblichen Erfahrung der finnischen Behörde für Strahlen- und Kernkraftsicherheit (STUK) profitieren. STUK ist eine beeindruckende Organisation mit etwa 300 Mitarbeitern, von denen ungefähr 65% einen Hochschulabschluss haben. STUK ist in den Bereichen Forschung, Kernkraftsicherheit, Monitoring der Hintergrundstrahlung, Vorsorge und Information tätig. Im Fall eines Kernkraftstörfalls kann STUK innerhalb ganz kurzer Zeit 40 Experten mobilisieren, die für die gesamte Dauer der Notfallsituation in Schichten Dienst tun. Ohne eine solche Unterstützung wäre die WHO außerstande, eine unabhängige Beurteilung der Umstände einer Störfallsituation vorzunehmen, um beratend tätig werden zu können.

Bei der Zusammenkunft im finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit am 20. Dezember 2000 wurde offensichtlich, dass der derzeitige Beitrag

zwar eindeutig nicht ausreicht, dass sich die finnische Regierung jedoch positiv zum HPO stellt und darauf eingestellt ist, über eine Verlängerung der Vertragsdauer für das Büro zu verhandeln, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die zum Ausdruck gebrachten Probleme gelöst werden. Auch STUK ist bereit, das Büro mit seiner internen Sachkenntnis zu unterstützen. Die Partnerschaft mit dem im STUK angesiedelten WHO-Kooperationszentrum bietet der WHO die einzigartige Möglichkeit, ihr Strahlenprogramm auszuweiten und dessen Kostenwirksamkeit wesentlich zu verbessern. Die WHO sollte die Bereitschaft des finnischen Ministeriums für Soziales und Gesundheit und von STUK, diese Tätigkeit bei sich aufzunehmen, ausnutzen. Der wichtigste Schritt wäre die Unterzeichnung eines neuen Abkommens, mit dem die finnische Regierung dem HPO Helsinki einen angemesseneren Etat sichern würde.

Im Folgenden sollen einige grundlegende Probleme aufgezeigt werden, die bei einer Klärung der Rolle des HPO in Betracht zu ziehen sind.

- *Die Beziehung des WHO-Regionalbüros für Europa zur IAEA auf dem Gebiet „Strahlen und Gesundheit“*

In der zwischen IAEA und WHO abgeschlossenen Vereinbarung heißt es, dass die IAEA die „primäre Verantwortung“ für die Förderung „der praktischen Anwendung der Kernenergie für friedliche Zwecke“ hat, was jedoch dem Recht der WHO, die internationale Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheit zu fördern, keinen Abbruch tut. In der Praxis gehört es auch zum Satzungsauftrag der IAEA, u. a. Standards für den Schutz der Gesundheit festzulegen. Deshalb beteiligt sich die IAEA unter den internationalen Organisationen beispielsweise führend an der Erarbeitung von grundlegenden Sicherheitsnormen, für die Organisationen wie die ILO und die WHO als Ko-Sponsoren auftreten.

Deshalb ist eine enge Zusammenarbeit zwischen WHO und IAEA notwendig; diese beiden Organisationen müssen auf höchster Ebene vereinbaren, wie sie ihrem Satzungsauftrag in der Praxis gerecht werden wollen, und dabei mögliche Synergieeffekte ausnutzen. Besonders nützlich für die Förderung dieser engen Zusammenarbeit wäre die Frage, ob es nicht möglich wäre, am Sitz der

IAEA in Wien ein WHO-Projektbüro einzurichten. Eine solche Lösung käme bis zu einem gewissen Grad der Situation der Athener MED-Einheit gleich, die ähnlich enge Beziehungen zum UNEP unterhält. Die Erfahrungen dieses Büros zeigen deutlich, dass die Tatsache, dass die MED-Einheit bei UNEP untergebracht ist, es ermöglicht hat, eine Reihe von Problemen zu überwinden und auch mit einem ziemlich kleinen Etat gute Resultate zu erzielen.

- *Die globale Strategie der WHO im Bereich „Strahlen und Gesundheit“*
Seit 1996 versucht man in der gesamten WHO (EURO, Hauptbüro, PAHO und IARC) die Aktivitäten auf dem Gebiet ionisierende Strahlen und Public Health zu integrieren. Dies ist u. a. aus folgenden Gründen wünschenswert:

- Es trägt dazu bei, mit der in der Organisation vorhandenen begrenzten Sachkenntnis eine „kritische Masse“ zu schaffen, was die Programmleistung unverhältnismäßig stark verbessert.
- Es hilft den Regionen, die keinen Zugang zu solcher Sachkenntnis haben.
- Es ermöglicht der WHO, die im Rahmen des Beistandsübereinkommens eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen.

Vor nicht allzu langer Zeit wurde vom Hauptbüro beschlossen, eine globale Strategie für die umweltbezogenen, medizinischen und berufsbedingten Aspekte des Strahlenschutzes aufzustellen. Der Umweltabschnitt liegt bereits vor und erzielte (im Dezember 1999) vorläufige Einigkeit. Andere Teile stehen noch aus.

Das Hauptbüro hat dem WHO-Regionalbüro vorgeschlagen, das globale Programm unter der Verwaltung des Hauptbüros zu konsolidieren (d. h. dass das entsprechende Programm des Regionalbüros nach Genf verlegt wird). Das Regionalbüro hat dazu bisher nichts unternommen.

Eine Entscheidung über diesen Aspekt ist einigermaßen wichtig. In diesem Rahmen könnte sich der Beschluss, das HPO Helsinki dem Hauptbüro in Genf anzugliedern, als äußerst produktiv erweisen.

4.2.4 Die MED-Einheit in Athen

Eine moderate Erweiterung des Mitarbeiterstabs wäre für das bereits jetzt so gut funktionierende Büro von großem Nutzen.

Eine Gesamtbeurteilung der MED POL Phase I und II wurde 1993 durchgeführt (UNEP/IOCA/MED.IG.3/Int.6).

Das MED POL-Programm hat Wissenschaftler der Region ausgerüstet und geschult und damit vor allem für die Wissenschaftler der südlichen und östlichen Teile der Region viel erreicht. Das MED POL-Programm muss allgemein als erfolgreich bezeichnet werden, trotz der Probleme, denen man in der Phase I und II ausgesetzt war. Die schwerwiegendsten Engpässe waren wohl die ungleichmäßige geographische Verteilung der Monitoringresultate und die langsame und lückenhafte Überführung von Monitoringresultaten durch die nationalen Koordinatoren an die MED-Einheit.

Bemerkenswerterweise war der Datenfluss auch 1998 und 1999 ziemlich langsam, obwohl die meisten Länder zu der Zeit eine angemessene Infrastruktur und geschultes Personal hatten. Die Gründe waren folgende:

- fehlende Daten,
- unzulängliche Datenhandhabung,
- laufende Datenanfragen von verschiedenen Organen,
- begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten und
- nicht zweckdienliche Daten.

Da ohne Daten und Informationen die von den Vertragsparteien unterstrichenen Aufgaben nicht gelöst werden können, muss verstärkt dafür gesorgt werden, dass die nationalen Informationen regelmäßig übermittelt werden.

Ein Hauptproblem bilden die Länder. Die nationalen Kontaktpersonen (im MED POL und auf der übergeordneten Aktionsplanebene) sind in der Praxis weitgehend Vertreter ihrer eigenen Ministerien oder Institutionen, d. h. sie vertreten nicht so sehr das Land insgesamt. Dies führte dazu, dass für die Länder nur lückenhafte Informationen zur Verfügung standen und die „Schlüssel“-Minister sich praktisch aus mehreren Aspekten des Programms

heraushielten. Die Versuche, hier Abhilfe zu schaffen, waren nicht sonderlich erfolgreich, hauptsächlich aufgrund des politisch brisanten Charakters der Angelegenheit.

Die Probleme sollten im Einvernehmen mit dem UNEP angegangen werden, um in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Mittel und Wege zu finden, die Funktionen, Aufgaben und Möglichkeiten der nationalen Ansprechpartner zu verbessern.

4.2.5 ECHP Brüssel

Die einzigartige Platzierung des Brüsseler Zentrums für Gesundheitspolitik erleichtert die Vernetzung mit der EU, mit nationalen und regionalen Politikern aus 30 europäischen Ländern und einer Reihe von in Brüssel ansässigen Interessengruppen. Dieses Potenzial sollte genutzt werden.

Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung gehört zu den Hauptaufgaben des Brüsseler Zentrums für Gesundheitspolitik. Dabei sollte man absolut im Auge behalten, dass das Büro in Rom mit Umweltverträglichkeitsprüfungen arbeitet. Die beiden GDOs befassen sich zwar offensichtlich mit unterschiedlichen Aspekten, es ist jedoch zweifelhaft, dass sich eine solche Situation ohne eine wirklich effiziente Koordination auf Dauer kostenwirksam handhaben lässt und bei den Mitgliedstaaten ohne Weiteres auf Verständnis stößt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Tatsache, dass das Referat in Kopenhagen für die Länderarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zuständig ist, während die anderen gesundheitspolitischen Aktivitäten in den Aufgabenbereich des ECHP fallen. Damit stellt sich die Frage, ob dies wirklich eine optimale Aufgabenverteilung ist. Die Gründe für die derzeitige Aufgabenverteilung zwischen Brüssel, Rom und Kopenhagen hinsichtlich so eng miteinander verzahnter Fragestellungen sind nicht deutlich und sollten überdacht werden. Der in Rom für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zuständige Regionalbeauftragte hat zwar das Mandat, alle einschlägigen Aktivitäten des Regionalbüros zu koordinieren, doch es ist nicht klar, ob diese Koordination zur Zeit auch wirklich funktioniert. Angesichts der insgesamt herrschenden

Ressourcenknappheit und der Notwendigkeit, ungewollte Überschneidungen zu verhindern, wird empfohlen, diese wichtige Arbeit zu rationalisieren.

Ein weiterer bedenkenswerter Aspekt ist die Tatsache, dass das WHO-Hauptbüro in Brüssel ein Büro unterhält, das spezifisch für die politische und strategische Verbindungsarbeit mit der EU zuständig ist. Die Frage ist, ob dieses Büro und das ECHP nicht Räumlichkeiten und Serviceleistungen teilen könnten. Eine solche Entwicklung würde voraussichtlich einige Vorteile mit sich bringen (sowohl für das Image der Organisation wie für die Ressourcensituation).

Da die dem ECHP zur Verfügung stehenden Mitarbeiter für das „kritische Minimum“ nicht ausreichen, sollte man sich wirklich überlegen, ob das Büro in seiner jetzigen Form nicht zu schwach ist. Wenn sich die Ressourcensituation nicht günstiger entwickelt, hat das ECHP eine sehr schwierige Zukunft vor sich.

Zur Zeit ist die finanzielle Situation des Büros alles andere als befriedigend. Das Zentrum braucht unbedingt eine von mehreren Partnern getragene Finanzierung, wenn es langfristig überlebensfähig sein soll. Die Länder sollten aufgefordert werden, für eine bestimmte Zeitspanne oder bestimmte Projekte finanzielle Verpflichtungen zu übernehmen. In eine solche Regelung muss man allerdings auch Zeit und Anstrengungen investieren. Außerdem muss sie vom Regionalbüro klar und deutlich unterstützt werden. Da das Zentrum sowieso schon zu wenige Mitarbeiter hat, sollte ihm die Mittelbeschaffung nicht allein überlassen bleiben, sondern auch (und hauptsächlich) vom Regionalbüro übernommen werden. Wenn der Eindruck entstehen sollte, dass die Stellung des ECHP unsicher ist, könnte sich das auf die Mittelbeschaffung nachteilig auswirken.

Damit das ECHP die hohe Qualität seiner Arbeit auch weiterhin sichern kann, sollte es sich weder neuen Themenbereichen noch neuen Aktivitäten zuwenden, solange keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

4.2.6 IHB Barcelona

Das Büro in Barcelona hat vor allem das Problem, dass ihm Mitarbeiter des höheren Dienstes fehlen, obwohl die erforderlichen Ressourcen vorhanden sind. Da noch kein Sitzstaatabkommen vorliegt, haben die Mitarbeiter des Zentrums keinen Anspruch auf die üblichen Immunitäten und Privilegien, was ihm wiederum die Möglichkeit nimmt, internationale Mitarbeiter des höheren Dienstes anzuwerben. Hier wurden offensichtlich Fehler begangen; denn die spanische Zentralregierung wurde nicht von Anfang an in die Verhandlungen einbezogen. Aus diesen Fehlern sollte man lernen, doch jetzt muss dieses Hindernis jedenfalls überwunden werden. Möglicherweise könnte ein Besuch des Regionaldirektors beim spanischen Gesundheitsminister einen Ausweg aus dieser Lage eröffnen.

4.2.7 IHD Venedig

Die wesentlichste Empfehlung für das Büro in Venedig lautet, den Ratifizierungsprozess für das kürzlich unterzeichnete Sitzstaatabkommen genauestens zu verfolgen.