



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Fünzigste Tagung, Kopenhagen, 11.–14. September 2000

EUR/RC50/REC/1
10. Oktober 2000
01124
ORIGINAL: ENGLISCH

BERICHT ÜBER DIE FÜNFZIGSTE TAGUNG

Schlüsselwörter

HEALTH POLICY
REGIONAL HEALTH PLANNING
HEALTH PRIORITIES
MEETING RECORDS
EUROPE

INHALT

Seite

Einleitung.....	1
Eröffnung der Tagung.....	1
Wahl der Tagungsleitung.....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms.....	1
Erörterung der Arbeit der WHO	1
Ansprache der Generaldirektorin.....	1
Bericht des Regionaldirektors.....	2
Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (einschließlich Überprüfung der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des SCRC)	4
Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im System der Vereinten Nationen, mit Organisationen der europäischen Integration sowie mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Europa	6
Ausrottung der Poliomyelitis	8
Evaluation des EUROHEALTH-Programms	10
Die künftige Arbeit der WHO.....	11
Die künftige Strategie des Regionalbüros für die Arbeit mit den Ländern	11
Rahmenkonzept und regionales Element des Programmhaushaltsvoranschlags 2002–2003	14
Ein Aktionsplan „Nahrung und Ernährung“ für die Europäische Region	17
Wahlen und Nominierungen	18
Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat	18
Wahl von Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees.....	19
Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.....	19
Sonstige Angelegenheiten.....	19
Gedenken an Mitarbeiter der Vereinten Nationen	19
Ort der 51. und Ort und Zeitpunkt der 52. Tagung.....	19
Resolutionen	20
EUR/RC50/R1 Änderungen zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	20
EUR/RC50/R2 Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit der WHO in der Europäischen Region 1998–1999	20
EUR/RC50/R3 Eradikation der Poliomyelitis.....	20
EUR/RC50/R4 Programmhaushaltsvoranschlag für 2002–2003.....	22
EUR/RC50/R5 Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“	22
EUR/RC50/R6 Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2001 und 2002	23
EUR/RC50/R7 Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees	24
EUR/RC50/R8 Der Einfluss der Nahrung und Ernährung auf die öffentliche Gesundheit Ein Argument für ein Grundsatzprogramm Nahrung und Ernährung sowie einen Aktionsplan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2000–2005	24

Anhang 1: Tagesordnung	26
Anhang 2: Liste der Arbeitsdokumente.....	27
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer.....	29
Anhang 4: Ansprache der Generaldirektoring der WHO	46
Anhang 5: Ansprache des Regionaldirektors der WHO	53

EINLEITUNG

Eröffnung der Tagung

Die 50. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 11. bis 14. September 2000 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen statt. Delegierte aus 49 Ländern der Region nahmen daran teil. Außerdem waren Beobachter aus einem Nichtmitgliedstaat und zwei Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UN/ECE) sowie Vertreter der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), des Europarats, der Europäischen Kommission und von nichtstaatlichen Organisationen vertreten.

Die Eröffnungsfeier fand am 11. September im Regionalbüro für Europa statt. Ansprachen wurden gehalten von Sonja Mikkelsen, der Gesundheitsministerin von Dänemark, und Peter Martinussen, dem für das Ressort Gesundheit zuständigen Bürgermeister der Stadt Kopenhagen.

Danach eröffnete die scheidende Exekutivpräsidentin, Dr. Danielle Hansen-Koenig, die Tagung in Vertretung der an der Teilnahme verhinderten scheidenden Präsidentin, Rosy Bindi.

Wahl der Tagungsleitung

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

Dr. Josep Goicoechea (Andorra)	Präsident
Dr. Jeremy Metters (Vereinigtes Königreich)	Exekutivpräsident
Professor Ayşe Akin (Türkei)	Stellv. Exekutivpräsidentin
Dr. Marine Gudushauri (Georgien)	Berichterstatterin

Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

(EUR/RC50/1 Rev.1 und /Conf.Doc./1 Rev.1)

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

ERÖRTERUNG DER ARBEIT DER WHO

Ansprache der Generaldirektorin

Die Generaldirektorin begann ihre Ansprache an das Regionalkomitee (Anhang 4), indem sie erläuterte, weshalb sie das Jahr 2000 als Wendepunkt für die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen betrachtete. Danach gab sie einen Abriss der zu erwartenden und für die Europäische Region relevanten Fortschritte im Gesundheitsbereich, wies darauf hin, dass man weltweit stärkeres Gewicht auf die Lebensmittelsicherheit lege, und äußerte sich zu der in der Region geleisteten effektiven Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit. Die WHO leiste Beträchtliches für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme, und der *Weltgesundheitsbericht 2000*, in dem deren Leistungsfähigkeit beurteilt worden sei, habe erhebliche Wirkung gezeitigt. Vor weiteren großen Aufgaben stehe man auf den Gebieten psychische Gesundheit und Bekämpfung des Tabakkonsums und außerdem gelte es, die Rolle der WHO in Notsituationen zu klären.

Um sich diesen Herausforderungen stellen und den Mitgliedstaaten besser dienen zu können, durchlaufe die WHO einen Wandlungsprozess. Am deutlichsten spiegelten sich diese Veränderungen im Programmhaushaltsvoranschlag für 2002–2003 wider, einem Schlüsselinstrument zur Förderung des Reformprozesses. Abschließend hob sie hervor, dass die Gesundheit allmählich Schlagzeilen mache, was

für die Ärmsten der Welt nur eine gute Nachricht sein könne. Sie müssten von der sich daraus ergebenden Aufstockung der für die Gesundheit vorgesehenen Ressourcen profitieren.

Viele Delegierte dankten der Generaldirektorin für ihre Ausführungen und beglückwünschten sie zu dem in den letzten beiden Jahren Erreichten. Man war der Ansicht, dass es aufgrund der Erläuterungen der Generaldirektorin und des Regionaldirektors eher möglich geworden sei, getroffene Entscheidungen in den richtigen Zusammenhang zu rücken. Besonders gewürdigt wurde, dass es ihr gelungen sei, der Gesundheit auf der politischen Agenda einen hohen Stellenwert zu verschaffen, und das Konzept der einen WHO anzuregen, das kostenwirksamer sei und die Initiativen der Mitgliedstaaten berücksichtige.

In ihrer Antwort auf die Kommentare des Plenums äußerte sich die Generaldirektorin als Erstes zufrieden darüber, dass in einem Mitgliedstaat die Zahl der Raucher unter den 14–17-Jährigen zurückgegangen sei. Unter so vielen negativen Trends, vor allem was die Jugend betreffe, sei das eine sehr ermutigende Nachricht.

Zur Frage, wie man mit dem fortgesetzten nominellen Nullwachstum des globalen Haushalts umgehen wolle, führte sie aus, dass die Vernunft an den zahlreichen, in solchen Diskussionen zu berücksichtigenden Faktoren scheitere. Dennoch werde sie nicht nachlassen, nach einem Ausweg zu suchen, und auch die Mitgliedstaaten sollten nicht aufgeben. Als Reaktion auf die von einigen Delegierten zum Ausdruck gebrachte Enttäuschung darüber, dass die Europäische Region aus dem Ordentlichen Haushalt nicht die maximale revidierte Mittelzuweisung erhalte, erläuterte sie, dass sie wirklich versucht habe, einen Mechanismus, auf den man sich vor ihrer Amtsübernahme geeinigt habe, gerecht umzusetzen. Die geltende Formel garantiere der Europäischen Region eigentlich keinen bestimmten Anteil an den umverteilten Mitteln. Alle Prognosen, die von der Situation im Jahr 1998, in dem das Modell angenommen worden sei, ausgingen, behielten nicht unbedingt Gültigkeit für die Zukunft. Dennoch habe man ausgehend von dem Maximum von 3% die Mittelzuweisung der Europäischen Region um 2% erhöht, und man werde die Situation laufend verfolgen. Das Hauptproblem sei die Frage, wie man den im Modell zu benutzenden Index festlegen solle.

Sie sei ebenfalls der Meinung, dass der *Weltgesundheitsbericht 2000* mit seiner Einstufung der Länder und seinem Benchmarking-Konzept mutig sei. Man habe ihn jedoch in dem Wissen geschrieben, dass er die gewünschte Wirkung haben, nämlich die Debatte auf ein neues Niveau heben würde. Der Bericht folge dem Beispiel des vom UNDP herausgegebenen *World development report* mit dessen Index der menschlichen Entwicklung. Das Thema sei nicht nur von den Fachmedien aufgegriffen worden, sondern die soziale Entwicklung habe sogar in der Boulevardpresse und in Rundfunk und Fernsehen Schlagzeilen gemacht. Inzwischen diskutierten Ministerpräsidenten und Finanzminister vielleicht zum ersten Mal das Thema Gesundheit. Einige Länder wollten sich nicht evaluieren lassen, doch Transparenz entwickle sich immer mehr zur richtigen Arbeitsweise und das werde so weitergehen. Man habe natürlich auch zuvor schon nach bestimmten Indikatoren Vergleiche angestellt, im vorliegenden Fall habe man jedoch mit einem komplexen Index gearbeitet. Sie bedauere, dass der Bericht nicht bis zur Weltgesundheitsversammlung im Mai 2000 fertig gewesen sei, und auch, dass einige Mitgliedstaaten ihre Exemplare sehr spät erhalten hätten. Da sich die Verhältnisse sehr rasch änderten, werde man den Bericht voraussichtlich jährlich revidieren.

Zur Frage nach der die ersten zehn Jahre des Übereinkommens über die Rechte des Kindes umfassenden Evaluation bestätigte sie, dass die WHO eng mit dem UNICEF zusammenarbeiten und von einer Sichtweise ausgehen werde, die Gesundheit und Rechte der Kinder miteinander verbinde.

Bericht des Regionaldirektors

(*EUR/RC50/2, /Conf.Doc./2, /Inf.Doc./1 und /Inf.Doc./3*)

In seinem Bericht an das Regionalkomitee (Anhang 5) erläuterte der Regionaldirektor einige Neuerungen, die bei der jetzigen Tagung eingeführt worden seien, verwies auf die seiner Meinung nach sieben wichtigsten Aufgaben im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region und erläuterte die durchgreifende

Reform der Konzepte, der Struktur und des Herangehens an die Länderarbeit, die seit seiner Amtsübernahme im Februar 2000 durchgeführt worden sei.

In der anschließenden Diskussion äußerten sich viele Delegierte gegenüber dem Regionaldirektor anerkennend zu dem in Dokument EUR/RC50/2 enthaltenen schriftlichen Bericht seines Amtsvorgängers und zu seiner mündlichen Darlegung. Zusammen vermittelten sie eine eindrucksvolle und genaue Übersicht über die gesundheitlichen Probleme in der Region und der zu ihrer Bewältigung von der WHO und den Mitgliedstaaten unternommenen Bemühungen. Einige Delegierte waren der Ansicht, dass bestimmte Änderungen in der Form der Berichterstattung es dem Leser leichter machen würden, die Informationen aufzunehmen, vor allem wenn die wichtigsten Themen hervorgehoben und Trends aufgezeigt würden.

Besondere Unterstützung fand das neue Konzept der Länderarbeit, das auf Länderebene bereits einen Energieschub ausgelöst habe. Es sei für das Regionalbüro grundlegend wichtig, in gesundheitlichen Angelegenheiten eine Führungsposition einzunehmen und in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept von GESUNDHEIT21 die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung ihrer eigenen Gesundheitspolitik zu unterstützen. Mehrere Delegierte unterstrichen, dass die Länder voneinander lernen müssten, um den Reformprozess zu beschleunigen. Zu diesem Zweck könne das Regionalbüro die Länder unterstützen, indem es geeignete Partner finde und Mittel beschaffe, aber auch indem es die Gesundheitsindikatoren verbessere.

In seiner Antwort auf die Fragen nach der Zusammenarbeit des Regionalbüros mit anderen Organisationen brachte der Regionaldirektor die Hoffnung zum Ausdruck, dass die Verhandlungen mit der Europäischen Union (EU) bald Früchte tragen würde. Die WHO versuche, eine gründliche Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission (EU-Kommission) aufzubauen, und er sei sicher, dass diese Bemühungen auf die Dauer gesehen erfolgreich sein würden. Die Tatsache, dass die WHO und der Europarat von gemeinsamen Wertvorstellungen ausgingen, sei gleichfalls ein Rezept für eine erfolgreiche künftige Zusammenarbeit.

Danach wandte er sich der Frage zu, welche Rolle den außerhalb des Regionalbüros etablierten Zentren zukomme, und gestand, dass er bei seiner Amtsübernahme diesbezüglich ziemlich skeptisch gewesen sei und deshalb um eine Lageanalyse gebeten habe. Diese Überprüfung habe in der Tat einige Mängel zutage gefördert. Ein Zentrum werde jetzt geschlossen. Er sei aber dennoch vom Wert dieser Zentren überzeugt gewesen, man müsse sich allerdings auf eine klare Abgrenzung ihrer Funktion gegenüber der Rolle des Regionalbüros verständigen. Der Vorschlag, ein Zentrum für psychische Gesundheit zu schaffen, betreffe einen Bereich, der bestimmt einen stärkeren Einsatz verdiene.

Er räumte ein, dass es im Reformprozess zwischen dem Hauptbüro und dem Regionalbüro Unterschiede gebe, verwies aber auf die Ähnlichkeiten in der Zielsetzung. Die gesamte Organisation befinde sich in einem Prozess des Wandels, es sei aber nicht möglich, auf die Zustimmung aller Beteiligten zu warten, bevor man die Struktur des Regionalbüros ändere. Das Regionalbüro habe sich für eine funktionale Struktur entschieden, die eine Aufsplitterung seiner Arbeit vermindere, und es sei wirklich interessant zu sehen, ob die restliche Organisation diesem Muster folgen werde.

Umwelt und Gesundheit bleibe ein vorrangiges Programm, weshalb die Annahme, die WHO interessiere sich weniger für diesen Bereich, eine Fehlauflassung sei. Die Mittel aus dem Ordentlichen Haushalt seien jedoch begrenzt, und andere, vielleicht kleinere Programme sollten nicht unter dieser Mittelknappheit leiden. Das Gleichgewicht zwischen Mitteln aus dem Ordentlichen Haushalt und freiwilligen Beiträgen für die Finanzierung des Programms Umwelt und Gesundheit müsse überprüft werden.

Er zeigte sich darin einig, dass eine zentrale Datenbank für Europa erstrebenswert sei, wobei Armut für die Sicherung eines chancengleichen Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen selbstverständlich ein schwerwiegendes Problem darstelle. Die von den baltischen Ländern zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten ergriffene Initiative sollte zweifellos unterstützt werden. Der Bereich Bioethik tauche in der Struktur des Regionalbüros noch nicht auf, weil noch einige weitere Arbeit notwendig sei, bevor man ein offizielles Referat einrichten könne.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R2.

Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (einschließlich Überprüfung der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des SCRC)*(EUR/RC50/3, /3 Add.1, /Conf.Doc./3, /Conf.Doc./4 and /Inf.Doc./2)*

Der Vorsitzende des SCRC merkte an, dass eine Reihe der Arbeitsbereiche, in denen der SCRC im vergangenen Jahr tätig gewesen sei, auch auf der Tagesordnung dieses Regionalkomitees zu finden seien. Die Mitglieder des Ständigen Ausschusses würden ihre Ansichten unter den betreffenden Tagesordnungspunkten vortragen, weshalb er sich in seinen einleitenden Bemerkungen auf die Themen beschränke, die später nicht mehr erörtert würden.

Der Ständige Ausschuss habe seit der letzten Tagung des Regionalkomitees offiziell fünfmal getagt und außerdem im März in Reykjavik mit dem neu ernannten Regionaldirektor eine „Klausurtagung“ abgehalten, bei der man einen guten Arbeitskontakt etabliert habe. Die Präsidentin der Personalvereinigung des Regionalbüros habe auf der dritten Tagung zum SCRC gesprochen, der (im Namen des Regionalkomitees) seine Hochachtung vor dem Engagement und dem Mut vor allem der Mitarbeiter, die in gefährlichen und vom Krieg verwüsteten Gebieten arbeiteten, ausgesprochen habe. Der SCRC habe anerkannt, dass die Organisation vollständig davon abhängig sei, dass die Mitarbeiter ihre gesamte Arbeit voranbringe.

Der SCRC habe sich während des Jahres bei zwei Gelegenheiten mit der Thematik Bioethik befasst und sei der Auffassung, dass noch weitere analytische Arbeit geleistet werden müsse um abzuklären, welchen konkreten Beitrag das Regionalbüro in diesem Bereich leisten könne. Er empfehle auch, ein Verzeichnis der laufenden Projekte mit bioethischen Elementen anzulegen, und meine, man müsse sich darum bemühen, die Komplementarität zu den zahlreichen anderen, aus diesem Gebiet tätigen Organisationen sicherzustellen.

Der SCRC habe betont, dass die externe Evaluierung der Programme des Regionalbüros wirklich unabhängig erfolgen müsse, und habe empfohlen, die Gutachter von Fall zu Fall zu ernennen und die Beurteilungskriterien ebenfalls für den jeweils konkreten Fall festzulegen. Er werde dem Regionalkomitee zu einem späteren Zeitpunkt ausführlichere Empfehlungen unterbreiten, da der Regionaldirektor die Absicht geäußert habe, den Prozess zu überprüfen.

Auch die Arbeit an der Frage der Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und die Überprüfung der Mechanismen für die Regionale Auswahlkommission (für die Suche nach Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors) gingen weiter. Der SCRC werde dem Regionalkomitee auf dessen 51. Tagung zu diesen beiden Themen seine ausführlichen Empfehlungen vorlegen.

Der Ständige Ausschuss habe auf seiner dritten Tagung erfreut zur Kenntnis genommen, dass in den Niederlanden eine Expertengruppe getagt habe, um die „generischen“ Indikatoren für die kommende Sachstandsanalyse der in Bezug auf die „Gesundheit für alle“ gemachten Fortschritte zu operationalisieren, und der SCRC begrüße die Zusicherung, dass diese für die Mitgliedstaaten keine zusätzliche Arbeit beinhalten werde. Des Weiteren habe der SCRC Professor Ayşe Akin benannt, die den SCRC im Ausschuss für ein tabakfreies Europa vertreten werde.

Als Reaktion auf Kommentare, die von den Delegierten bei früheren Tagungen des Regionalkomitees abgegeben worden seien, schlage der Ständige Ausschuss eine Reihe von Änderungen für seine und die Geschäftsordnung des Regionalkomitees vor. Die Einzelheiten zu diesen Änderungen seien dem Anhang 2 des SCRC-Berichts zu entnehmen. Außerdem empfehle der SCRC, auch aufgrund seiner eigenen Erfahrungen, dass seine Mitglieder den von den Ländern zum Regionalkomitee und zur Weltgesundheitsversammlung entsandten Delegationen angehören sollten.

Bei seiner Sitzung am vergangenen Tag sei der SCRC über die Arbeit des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) informiert worden und habe empfohlen, auch dem Regionalkomitee ein ähnliches Briefing zu geben. Deshalb erläuterte Dr. Alán Pintér, der im Namen der Ko-Vorsitzenden des EEHC sprach, den Delegierten, dass der EEHC zur Zeit aus Vertretern nichtstaatlicher Organisationen,

internationaler Organisationen und Regierungen der Mitgliedsländer bestehe. Der EEHC habe im vergangenen Jahr zwei ordentliche und eine außerordentliche Tagung abgehalten. Bei letzterer habe er ein Pilotprojekt für ein rasches Verfahren zur Risikoabschätzung angeregt, das eingesetzt werden solle, um die Gefährlichkeit von Einrichtungen im unteren Donaubecken abzuschätzen und einzustufen, und man hoffe, dieses Vorgehen auch auf viele andere Länder ausdehnen zu können.

In einer Reihe von Ländern sei der Ratifizierungsprozess für das Protokoll über Wasser und Gesundheit angelaufen. Die erste Tagung der Unterzeichner des Protokolls sei für den November 2000 in Ungarn vorgesehen. Einige Tätigkeiten in diesem Bereich seien bereits angelaufen, was auch für Aktivitäten gelte, die der Charta über Verkehr, Umwelt und Gesundheit Wirkung verleihen sollten.

Dr. Pintér rief deshalb das Regionalkomitee auf, den Prozess der Vorbereitung auf die Vierte ministerielle Konferenz zu unterstützen, die für das Jahr 2004 in Budapest angesetzt sei. Das Regionalkomitee könne dies tun, indem es die Bedeutung der Arbeit des EEHC anerkenne, sich aktiv daran beteilige, Probleme für Umwelt und Gesundheit zu ermitteln, die internationale Zusammenarbeit fördere sowie Geberländer und -organisationen anspreche. Darüber hinaus ersuche er das Regionalkomitee, die Amtszeit der Mitglieder des EEHC bis zum September 2002 zu verlängern, damit die zu der Zeit neu gewählten Mitglieder bis zur Konferenz von Budapest im Amt bleiben könnten.

Abschließend erläuterte der Vorsitzende des SCRC dem Regionalkomitee die Kriterien, auf die man sich bei der Beurteilung von Kandidaten für verschiedene Gremien geeinigt habe. Für den Exekutivrat lauteten diese Kriterien: a) gerechte geographische Verteilung (was zu einer stärkeren Vertretung der Neuen Unabhängigen Staaten (NUS) führen werde; b) Notwendigkeit, die vom Regionalkomitee auf dessen vorangegangener Tagung angenommene zwischenzeitliche Regelung zu respektieren; c) Befähigung, Wissen und WHO-Erfahrungen der Kandidaten; d) nach Möglichkeit Bevorzugung von Kandidaten aus bisher noch nicht vertretenen Ländern. Die Kriterien a), c) und d) seien auch für den Ständigen Ausschuss vorgesehen worden, darüber hinaus sei die gleichzeitige Vertretung eines Landes im SCRC und im Exekutivrat nicht wünschenswert. Das einzige Kriterium für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten seien die Fachkenntnisse und persönlichen Erfahrungen des Kandidaten in Bezug auf das betreffende Fachgebiet. Der SCRC-Vorsitzende betonte, dass diese Kriterien, was den Exekutivrat und insbesondere den SCRC angehe, nur für das laufende Jahr gälten, bis der SCRC dem Regionalkomitee auf dessen 51. Tagung seine Empfehlungen hinsichtlich der Mitgliedschaft in diesem Organ vorgelegt habe.

In der anschließenden Diskussion lobten die Delegierten den SCRC wegen seiner Arbeit im letzten Jahr. Mehrere Delegierte schlugen vor, strukturelle Änderungen auszuprobieren, die die Entwicklungen in der Weltgesundheitsversammlung und im Exekutivrat widerspiegeln, um die jeweiligen Kompetenzbereiche des Regionalkomitees und seines Ständigen Ausschusses klarer abzugrenzen. Außerdem wurde angeregt, dass der SCRC die strategischen und politischen Aspekte von globalen Programmen untersuchen sollte, die von regionaler Bedeutung seien, wie beispielsweise die Initiative „Roll Back Malaria“ und das Anti-Tabak-Programm. Es wurde für sinnvoll erachtet, im SCRC Arbeitsgruppen zu bilden, in denen mehr Mitgliedstaaten vertreten sein könnten. Eine andere Möglichkeit zur intensiveren Interaktion mit den Mitgliedstaaten wäre, ausführliche Berichte über die einzelnen SCRC-Tagungen sowie Berichte über dessen Unterausschüsse und über die dem SCRC zugeleiteten Fortschrittsberichte verfügbar zu machen.

Das Regionalkomitee äußerte sich lobend über die ihm bezüglich der Arbeit des EEHC übermittelten Informationen. Die Reaktion auf die Umweltschäden im Donaubecken zeige deutlich den Wert der Arbeit der WHO und es wurde die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, dass das Regionalbüro auch weiterhin Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit unterstützen werde.

In puncto Bioethik schloss sich das Regionalkomitee den Ansichten zu diesem wichtigen Thema an, forderte weitere diesbezügliche Tätigkeiten und sprach sich für eine baldige Erörterung dieser Frage auf einer kommenden Tagung aus. Außerdem bat das Regionalkomitee – wegen der großen Bedeutung des Problemkomplexes Umwelt und Gesundheit – um Unterbreitung der Jahresberichte des EEHC.

Den Delegierten wurde versichert, dass die Evaluation der Fortschritte hinsichtlich der Umsetzung der Ziele zur GESUNDHEIT21 keine zusätzliche Arbeit mit sich bringen würde und dass die für den Evaluationsprozess geltenden Leitlinien und Indikatoren nach der Tagung in den Niederlanden den jeweiligen nationalen Kontaktstellen übermittelt worden seien.

Im Übrigen schlossen sich die Delegierten der Begründung für die vorgeschlagenen Änderungen der Geschäftsordnung an. Dementsprechend verabschiedete das Regionalkomitee die Resolution EUR/RC50/R1.

Nach Erörterung der Anmerkungen von SCRC-Mitgliedern zu den Ansichten des SCRC über die nachstehenden wichtigsten Tagesordnungspunkte verabschiedete das Regionalkomitee auch die Resolution EUR/RC50/R7.

Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im System der Vereinten Nationen, mit Organisationen der europäischen Integration sowie mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Europa

(EUR/RC50/6 und /Inf.Doc./4)

Der Regionalbeauftragte, Internationale Partnerschaften, wies darauf hin, dass das Regionalbüro im kommenden Jahr beabsichtige, die mit anderen Organisationen im Gesundheitsbereich eingegangenen Partnerschaften systematisch zu überprüfen. Man wolle damit eine zielgerichtetere Strategie für den Ausbau und die Weiterführung von Partnerschaften erreichen und unter den Organisationen einen auf theoretische wie praktische Aspekte ausgerichteten Grundsatzdialog sicherstellen. Hinsichtlich der nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) verfolge man das Ziel, Möglichkeiten für einen regelmäßigeren und informelleren Dialog zu eröffnen.

Einige Leitprinzipien für die Ausarbeitung der Strategie seien bereits klar: das hochrangige gemeinsame politische Engagement für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit sei zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung. Man müsse durch Verhandlungen und Neuverhandlungen nach gemeinsamen Zielen und Strategien suchen. Man müsse erkennen, dass die Partner unterschiedlich seien, und dies respektieren. In jedem Einzelfall müsse man die Ebene und den Inhalt der Zusammenarbeit ausdrücklich festlegen, und es müsse Mechanismen für das Management gemeinsamer Aktivitäten geben.

Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission habe im vergangenen Jahr die Malariabekämpfung in Tadschikistan und den Europäischen Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen umfasst. Mit dem Europarat habe man im Rahmen des Stabilitätspakts für die Balkanländer gemeinsam daran gearbeitet, in Südosteuropa Frieden und Stabilität, Demokratie und freie Wahlen zu fördern, eine Zivilgesellschaft aufzubauen und die Menschenrechte zu fördern. Außerdem sollten zwei Mitglieder des Europarats in Moskau stationiert werden, um die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose in russischen Gefängnissen zu stärken. Im System der Vereinten Nationen habe man mit dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen in den kasachischen und turkmenischen Gebieten um das Kaspische Meer für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz gearbeitet und mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen in allen Aspekten des Erweiterten Immunisierungsprogramms zusammengearbeitet. Die Weltbank habe mit der WHO in Bereichen wie der globalen Partnerschaft für das Programm „Roll Back Malaria“ und Reform des Gesundheitssektors gearbeitet. Auf dem Gebiet der humanitären Angelegenheiten habe man die enge Zusammenarbeit mit dem Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen und mit dem Welternährungsprogramm weitergeführt.

Zur Verbundarbeit des Regionalbüros könne er anführen, dass die Jahrestagung des Europäischen Forums der Ärzteverbände und der WHO (EFMA) im März 2000 in Warschau stattgefunden habe. Gastgeber sei die polnische Ärzte- und Zahnärztekammer gewesen. Man habe zudem mit dem Netz der Apothekerverbände und der WHO (dem EuroPharm Forum) an der Entwicklung der besten Apothekerpraxis in den Bereichen Asthma- und Diabetesversorgung, Bluthochdruckmanagement, HIV/Aids und Bekämpfung des Tabakkonsums gearbeitet. Außerdem habe man sich im Rahmen des Europäischen Forums der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO darum bemüht, Partnerschaften zwischen Pflege- und Hebammenverbänden in den Neuen Unabhängigen Staaten (NUS) und den mittel- und osteuropäischen

Ländern (MOE) und westeuropäischen Verbänden anzuknüpfen. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme arbeite weiterhin daran, in Europa eine auf wissenschaftliche Fakten gegründete Gesundheitspolitik zu unterstützen und zu fördern.

Das Regionalkomitee stellte sich hinter die strategische Weiterentwicklung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und anderen an gesundheitlichen Fragen interessierten Stellen und Organisationen in Europa und nahm billigend die in Dokument EUR/RC50/6 dargelegten Vorschläge und Aktivitäten zur Kenntnis. Es wurde der Vorschlag gemacht, die Mitgliedstaaten sollten Kontaktstellen für die Schaffung von Partnerschaften einrichten, die Informationen weitergeben und miteinander sowie mit der Partnerschaftsfunktion im Regionalbüro zusammenarbeiten müssten.

Der Vertreter der Europäischen Kommission wies darauf hin, dass die neue Kommission der Gesundheit einen hohen Stellenwert beimesse. Zum ersten Mal habe man einen Kommissar ernannt, der ausdrücklich für gesundheitliche Angelegenheiten zuständig sei, und eine erweiterte Generaldirektion geschaffen, die sich mit Gesundheitsfragen und Verbraucherschutz befasse. Im Januar 2000 habe man ein Weißbuch zur Lebensmittelsicherheit veröffentlicht. Im Mai 2000 habe die Kommission dann eine neue Gesundheitsstrategie vorgelegt, die auch ein neues Public-Health-Programm und eine ganze Reihe gesetzlicher Maßnahmen und Anreize für drei Bereiche beinhalte: Verbesserung der Gesundheitsinformation und des Gesundheitswissens, rasche Reaktion auf schwerwiegende gesundheitliche Bedrohungen und Auseinandersetzung mit den Determinanten von Gesundheit. Weitere wichtige Elemente des Public-Health-Rahmenkonzepts seien die Sicherheit von Blutprodukten sowie die Sicherheit und Qualität von Organen und Substanzen menschlichen Ursprungs. Darüber hinaus widme man den mit der Erweiterung der Gemeinschaft verbundenen gesundheitlichen Fragen erhebliche Aufmerksamkeit. Die Zusammenarbeit mit der WHO sei deshalb von größter Wichtigkeit und man sei gerade dabei, einen Notenaustausch zwischen der Gemeinschaft und der WHO fertigzustellen. Darin gehe es sowohl um die die Beziehungen bestimmenden Verfahren und offiziellen Vereinbarungen als auch um die Art und Weise, wie man Prioritäten und Aktivitäten verfolgen wolle. Inzwischen werde die umfassende fachliche Zusammenarbeit in Bereichen wie Gesundheitsmonitoring, Überwachung übertragbarer Krankheiten, HIV/Aids und Unterstützung von Krisenländern weitergeführt, so wie man auch fortgesetzt an technischen Leitlinien in Bereichen wie Güte und Sicherheit von Luft und Wasser und für den Schutz der Gesundheit vor physikalischen, chemischen und biologischen Stoffen arbeite.

Der Vertreter des Europarats merkte an, dass der Ausschuss der Minister dem Rat neue Prioritäten gesetzt und eine neue Strategie aufgestellt habe. Der Stellenwert der Gesundheit sei jetzt deutlich. Der Schwerpunkt liege auf der Verkettung von Gesundheit mit sozialem Zusammenhalt und Menschenrechten, ein Zusammenhang, den auch die WHO aufgezeigt habe. Folglich werde der Europäische Gesundheitsausschuss in seine Arbeit an ethischen und die Menschenrechte betreffenden Fragen, soweit sie gesundheitliche Anliegen betreffen, zunehmend auch die soziale Dimension einbauen. Das neue Programm des Ausschusses umfasse drei Elemente: Chancengleichheit des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Qualitätsstandards der Gesundheitsversorgung sowie partizipatorische Beteiligung und individuelle Verantwortung der Bürger. Der Ausschuss schlage angesichts verschiedener gesundheitsbezogener Problemstellungen, die auch soziale Beziehungen und die Rolle des einzelnen Menschen in der modernen Gesellschaft umfassten, eine Änderung von Artikel 11 der Sozialcharta vor. Man würde es begrüßen, wenn sich die WHO an diesem Prozess beteiligen würde. Weitere wichtige und für den Ausschuss interessante Fragen, zu denen man einen Beitrag der WHO begrüße, seien die Auswirkungen der Gesundheitsinformationstechnologie und die Rolle der Medien in gesundheitlichen Angelegenheiten. Ebenfalls begrüßen würde man es, wenn die WHO und der Europarat eine gemeinsame Erklärung über die Bedeutung von Gesundheit und Menschenrechten für die Erhaltung des gesellschaftlichen Zusammenhalts in Europa abgeben könnten. Der Europarat hoffe auch, dass man auf Sekretariatsbene zur Behandlung gesundheitlicher Anliegen regelmäßige Treffen zwischen dem Europarat, der WHO und der Europäischen Kommission durchführen könne.

Die folgenden NGOs gaben Statements ab: die Internationale Vereinigung medizinischer Labortechniker (IAMLTG), der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN), der Internationale Frauenrat (IWC), die World Federation of Neurology, die World Organization of Family Doctors (WONCA),

das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO (EFMA), das Europäische Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO und das EuroPharm Forum. Außerdem wurden schriftliche Erklärungen eingereicht von der International Association of Cancer Registries, vom Internationalen Ärztinnenbund (MWIA), von Soroptimist International, von der Weltvereinigung für physikalische Therapeutik (WCPT) und der World Federation of Occupational Therapists (WFOT).

Ausrottung der Poliomyelitis

(EUR/RC50/9 und /Conf.Doc./8)

Der zuständige Fachreferent berichtete über die Fortschritte, die seit der Verabschiedung von Resolution EUR/RC47/R4 im Jahr 1997 hinsichtlich der Eradikation der Poliomyelitis gemacht worden seien, und über den regionalen Aktionsplan für 1998–2000. Seit November 1998 habe man in der Region keine neuen Poliofälle mehr festgestellt. Das bedeute, dass die Europäische Region kurz davor stehe, zur poliofreien Region erklärt zu werden. Weltweit gesehen sei die Situation allerdings weniger günstig, da noch immer mehrere Länder hohe Poliomyelitis-Raten meldeten.

Hinsichtlich der Umsetzung des Aktionsplans seien etliche – vielfach auf die gemeinsamen Bemühungen mit internationalen Partnern zurückzuführende – Erfolge zu vermelden. Dazu gehörten die Erreichung und Aufrechterhaltung eines hohen Impferfassungsgrads in der gesamten Region sowie die breit angelegte MECACAR-Plus-Kampagne, ebenso wie gezielte, schwerpunktmäßige Impfkampagnen bei festgestellter Immunitätslücke („Mopping-up“). Im Zuge der gemeinsam vom Regionalbüro für Europa und dem Regionalbüro für das Östliche Mittelmeer koordinierten Initiative MECACAR-Plus sei der Impfschutz für sehr viele Kinder in Hochrisiko- und Grenzgebieten erreicht worden.

Auch bezüglich der Qualität der Überwachung akuter schlaffer Lähmungen (AFP-Überwachung) und Polio-Wildviren gebe es Verbesserungen, vor allem in unlängst noch endemischen Ländern. Des Weiteren wurde die laborgestützte Überwachung des Polio-Wildvirus als ein Bereich herausgestellt, in dem Fortschritte verzeichnet worden seien. Das regionale Poliomyelitis-Labornetzwerk (Labnet) habe sich als ein sinnvolles Instrumentarium für die Erhaltung der Qualitätsstandards erwiesen. Nur drei der 38 nationalen Labore, die dem Netzwerk angehörten, seien bis Ende 1999 noch nicht offiziell zugelassen (akkreditiert) gewesen.

Dennoch – trotz dieser offensichtlichen Erfolge – wurde das Regionalkomitee darauf hingewiesen, dass jeder einzelne Mitgliedstaat weiterhin wachsam sein müsse, um sicherzustellen, dass die derzeitigen Erfolge nachhaltig blieben und dass das Risiko einer Einschleppung des Polio-Wildvirus aus den noch immer endemischen Ländern so gering wie möglich gehalten würde. Länder mit einem noch unzulänglichen Überwachungssystem müssten ihre Bemühungen verdoppeln. Die Region könne erst dann als poliofrei eingestuft werden, wenn sämtliche Länder der Region durch gemeinsame Anstrengungen einen hohen Impferfassungsgrad und eine hohe Überwachungsqualität erreichten und alle entsprechend geeigneten Maßnahmen treffen würden, um die sichere Lagerung des Polio-Wildvirus im Labor zu gewährleisten.

Der Vorsitzende der Regionalen Kommission für die Bestätigung der Polio-Eradikation, Sir Joseph Smith, berichtete, dass der offizielle Prozess zur Erklärung der Europäischen Region als „frei von Poliomyelitis“ gut vorankomme. Nationale Zertifizierungs-Kommissionen seien gebildet worden und hätten bereits in 49 Mitgliedstaaten ihre Tätigkeit aufgenommen. Er verwies speziell auf die von jedem einzelnen Land benötigten Informationen, vor allem in Bezug auf die AFP-Überwachung. Die Verantwortung für die Eradikation der Poliomyelitis liege indessen bei jedem einzelnen Land und den nationalen Kommissionen für die Bestätigung der Polio-Eradikation. Gute Überwachung sei der Schlüssel zur Sicherstellung, dass keine Wildviren in irgendeinem Gebiet unentdeckt blieben und sich dann wieder verbreiten könnten. Sichere Lagerung bedeute, dass jedes Land feststellen müsse, welche Labore noch Polio-Wildviren aufbewahrten; dazu könnten auch Labore gehören, an die zu irgendeinem Zeitpunkt, als die Poliomyelitis noch endemisch vorgekommen sei, Proben für Forschungszwecke übermittelt worden seien. Die Ermittlung sämtlicher in Frage kommenden Labore sei ein intensiver Prozess, der politischen Willen erfordere.

Abschließend brachte er seine Hoffnung zum Ausdruck, dass die Regionale Kommission für die Bestätigung der Polio-Eradikation 2002 oder 2003 überzeugend erklären könne, dass in der Region jegliche Übertragung des Polio-Wildvirus unterbrochen worden sei und dass er bei erneutem Auftreten sofort festgestellt und gestoppt würde.

Professor Frantisek Kölbel zollte – im Namen des SCRC – den zahlreichen Akteuren Tribut, die zu einem eindrucksvollen Sieg auf dem Gebiet der Präventionsmedizin beitrügen. Es sei wichtig, mit der derzeitigen Impfstrategie fortzufahren, die hohe Durchimpfungsraten unter besonderer Berücksichtigung der Erfordernisse der an endemische Gebiete angrenzenden Länder sicherstelle. Es sei gleichermaßen wichtig, eine umfassende Überwachung der Patienten mit akuten schlaffen Lähmungen (AFP-Überwachung) zu erreichen. Er bekräftigte, dass die Europäische Region erst dann als „frei von Poliomyelitis“ eingestuft würde, wenn alle 51 Mitgliedsländer berichten könnten, dass die Übertragung unterbrochen sei und wenn alle Überwachungskriterien erfüllt worden seien. Das erfordere die weitere regionsübergreifende Zusammenarbeit der WHO-Regionen sowie die Kooperation mit anderen externen Partnern.

In der anschließenden Diskussion wurden in allen Wortmeldungen die Mitarbeiter des betreffenden Programms wegen ihres außerordentlichen Einsatzes und ihrer Anstrengungen gelobt. Ein Delegierter meinte, dass die Erfolgsgeschichte der Region hier auch den Bemühungen einer weitaus größeren Gruppe – die auch die Öffentlichkeit, Politiker und Vertreter der Gesundheitsberufe einbeziehe, zugeschrieben werden müsse. Verschiedene Delegierte sahen hier ein hervorragendes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Partnern, WHO-Regionalbüros und dem WHO-Hauptbüro. Es wurde der Vorschlag unterbreitet, den hier verfolgten Ansatz auch für andere Bereiche der übertragbaren Krankheiten zu übernehmen, beispielsweise Malaria, Virushepatitis B und Masern. Delegierte aus an endemische Gebiete angrenzenden Ländern unterstrichen die große Bedeutung der MECACAR-Kampagne, um gemeinsam Lösungen hinsichtlich der Eradikation der Poliomyelitis zu finden und setzten sich nachhaltig für die Fortführung dieser Kampagne ein.

Verschiedene Delegierte beschrieben die laufenden Bemühungen in ihrem Land, um die Kriterien für die Erklärung „frei von Poliomyelitis“ zu erfüllen, und gingen insbesondere auf die Frage effizienter und umfassender Überwachungssysteme und nicht zuletzt auf die Frage der sicheren Lagerung von Polioviren im Labor ein. Ein Delegierter meinte, die Indikatoren in seinem Land seien nicht hinreichend geeignet, deshalb habe er die WHO und andere Organisationen um Hilfe hinsichtlich der Zertifizierung gebeten. Mindestens ein Land aus dem westlichen Teil der Region äußerte Vorbehalte über die Verfügbarkeit von Daten aus Ländern, in denen die Krankheit seit langer Zeit nicht mehr endemisch aufgetreten sei.

Die Geschichte der Poliomyelitis-Eradikationskampagne wurde als gutes Beispiel dafür gehalten, was die WHO bei einer schwerpunktmäßigen Konzentration auf einige wenige prioritäre Bereiche vollbringen könne. Ein Delegierter sprach indessen die Frage des weiteren Vorgehens nach der weltweiten Eradikation der Poliomyelitis an. Er bezog sich auf die Erfahrungen mit den Pocken: über zehn Jahre nach deren Ausrottung werde noch immer über die Zukunft der Stämme dieser Krankheit diskutiert, da es dabei sowohl um strategische als auch um gesundheitliche Interessen gehe. Bezüglich der Poliomyelitis sollte dieses Problem vorhergesehen und bereits jetzt untersucht werden.

Ein Delegierter wies darauf hin, dass die in der Dokumentation des Regionalkomitees enthaltenen Daten zur Durchimpfung nicht dem aktuellen Stand in seinem Land entsprächen. Die Impferfassungsrate liege jetzt bei 90% und nicht 80% wie berichtet.

Ein anderer Delegierter sprach das Problem des kurzfristigen Aufenthalts von illegalen Einwanderern aus endemischen Gebieten an und warf die Frage auf, ob es aus ethischer Sicht und im Interesse des größeren Nutzens nicht besser sei, diesen Personenkreis bei unbekanntem Impfstatus generell zu impfen.

Der Vertreter von Rotary International versprach die weitere Hilfe seiner Organisation für das Regionalbüro bei den künftigen Bemühungen, die Poliomyelitis in der Region auszurotten.

In seiner Antwort unterstrich der medizinische Fachreferent, die Immunisierungsstrategie sei von übergeordneter Bedeutung, um sicherzustellen, dass die künftige Generation nicht durch ein eventuelles Wiederauftreten der Krankheit gefährdet werde. Er dankte den Regierungen verschiedener Länder für ihre Unterstützung des globalen und regionalen Programms zur Eradikation der Poliomyelitis und bezog sich insbesondere auf die maßgebliche Arbeit der regionalen Zentren. Er bestätigte, dass die Länder mit einem höheren Entwicklungsstand in der Region in der Lage wären, alternative Informationen für die Zertifizierung zu benutzen, wie beispielsweise validierte Daten über Enteroviren.

Abschließend bekräftigte er, dass man auf dem Erfolg der MECACAR-Kampagne aufbauen müsse. Die bevorstehende Tagung in Kairo würde hierfür eine gute Gelegenheit bieten.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R3.

Evaluation des EUROHEALTH-Programms

(EUR/RC50/4 und /BD/1)

Dr. Dranguole Jankauskiene – einer der beiden externen Prüfer des EUROHEALTH-Programms – beschrieb den Hintergrund, die Aufgabenstellung und die Methoden für die Evaluierung des EUROHEALTH-Programms. Die Prüfung habe eine umfassende Auswertung der Dokumentation und Hintergrundpapiere, außerdem Interviews mit WHO-Mitarbeitern in den Ländern sowie an den Fachreferenten des Regionalbüros beinhaltet. Die Evaluierung habe auch zu einer genauen Analyse bestimmter an dem Programm beteiligter Länder geführt. Das Prüfungsteam habe sieben Länder besucht und Gespräche mit über 300 Personen geführt.

Die allgemeine Schlussfolgerung laute: das EUROHEALTH-Programm sei erfolgreich gewesen. Die dafür bereitgestellten Mittel seien zwar sehr knapp gewesen, doch effizient eingesetzt worden. Dieses letztlich positive Ergebnis sei – nach Meinung der Prüfer – zum großen Teil dem Engagement der Mitarbeiter der Abteilung Gesundheitliche Entwicklung in den Ländern, einschließlich der Mitarbeiter in den WHO-Verbindungsbüros, zu verdanken. Dennoch habe es nach Meinung der Prüfer trotz des generellen Erfolgs des Programms auch etliche Probleme gegeben, die in Zukunft angesprochen werden müssten, damit die Länder aus der Investition der WHO maximalen Nutzen ziehen könnten.

Auf zwei Bereiche wurde besonders hingewiesen, und zwar die gesundheitspolitische Entwicklung und Reformen der Gesundheitsversorgung. Erfolge in der gesundheitspolitischen Entwicklung wurden aus den Ländern vermeldet, denen ein spezieller WHO-Berater für Grundsatzfragen zur Seite gestanden habe und in denen ein festes politisches Engagement von den Mitgliedstaaten selbst eingegangen worden sei. Die in Bezug auf eine Reform der Gesundheitsversorgung gesetzten Ziele seien aus zweierlei Gründen nicht erreicht worden: der schwierigen politischen und wirtschaftlichen Situation in den Ländern und der unzureichenden Unterstützung von Seiten des Regionalbüros. Aufgrund dessen seien andere internationale Organisationen in die Bresche gesprungen – allerdings häufig in unzulänglicher Weise, und die Ratschläge seien oft auch unkoordiniert und widersprüchlich gewesen.

Zu den erfolgreicherem WHO-Programmen gehörten die Programme Gesundheit von Frauen und Kindern, Pflegewesen, Infektionskrankheiten und Arzneimittelpolitik (obwohl die Prüfer besorgt festgestellt hätten, dass viele Länder hinsichtlich der Versorgung mit Impfstoffen noch immer von externer Hilfe abhängig seien). Die Programme über nichtübertragbare Krankheiten und über Gesundheitsförderung wurden demgegenüber als unterentwickelt und noch investitionsbedürftig herausgestellt.

Das größte Problem bei der Länderarbeit sei die Schnittstelle zwischen den Länder- und Mehrländer-Aktivitäten im Regionalbüro. Die gegenwärtigen strukturellen Regelungen stünden einer integrierten Arbeitsweise im Wege, mit dem Resultat bruchstückhafter und unkoordinierter Bemühungen.

Die Rolle der Verbindungsbüros in den Ländern und der Länderkoordinatoren des EUROHEALTH-Programms wurde als sehr erfolgreich eingestuft. Das fachliche Können der Länderkoordinatoren müsse jedoch verbessert werden, und man müsse mehr in ihre Schulung und Weiterentwicklung investieren.

Von der in den Ländern bestehenden Verbindung und der Arbeitsteilung zwischen Mitarbeitern des Hauptbüros und des Regionalbüros hätten die Gutachter einen positiven Eindruck erhalten.

Weniger positiv sei ihre Reaktion auf die Arbeit des Regionalbüros mit anderen internationalen Geberorganisationen gewesen. Auf allen Ebenen der WHO müsse man unbedingt bessere Arbeitsbeziehungen insbesondere zu Organen wie der Weltbank und der Europäischen Kommission herstellen. Erst dann könnten die Tätigkeiten auf Länderebene wirksamer koordiniert und die Länder bestmöglich unterstützt werden.

Abschließend hätten die Gutachter vorgeschlagen, das Regionalbüro solle seine Arbeit auf alle 51 Länder der Europäischen Region ausdehnen. Die Länder müssten weit stärker in die Entscheidungsfindung und in die Festlegung ihrer eigenen Prioritäten einbezogen werden. Die Rolle der Länderkoordinatoren sollte erweitert und weiterentwickelt werden. Außerdem wurde angeführt, dass die EU-Beitrittsländer nach ihrem Beitritt zur Europäischen Union vielleicht keine Länderkoordinatoren mehr brauchen würden. Die Einrichtung von teilregionalen Büros fand keine Unterstützung.

Dr. Nikolaj N. Fetisov dankte dem Gutachterteam im Namen des SCRC für die umfangreiche Arbeit. Der SCRC habe die Resultate der Evaluation auf einer seiner Tagungen erörtert und den Bericht akzeptiert.

In der anschließenden Diskussion dankten die Delegierten den externen Gutachtern, lobten deren Arbeit und brachten zum Ausdruck, dass sie den Bericht für aktuell hielten. Mehrere Delegierte sprachen vom EUROHEALTH-Programm begeistert als einem echten Erfolg für die WHO. Viele Delegationen berichteten eingehend davon, dass in ihren Ländern dank des Programms die Morbidität und Mortalität zurückgegangen sei und die Bevölkerung mittlerweile besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung habe. Die beiden prioritären Bereiche Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte und Gesundheitsreform fanden Zustimmung, obwohl ein Delegierter betonte, es sei wichtig, sich auch mit über den Gesundheitssektor hinausreichenden Problemen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirkten, zu befassen.

Man war sich darin einig, dass die Länderkoordinatoren eine sehr wichtige Rolle spielten und es sich lohnen würde, ihr fachliches Können zu verbessern. Die Länderkoordinatoren der Region arbeiteten nach unterschiedlichen Vereinbarungen und ihre Funktion werde auch nach dem Beitritt eines Landes zur Europäischen Union grundlegend wichtig bleiben. Ein Delegierter machte den Vorschlag, das EUROHEALTH-Modell auf andere WHO-Regionen zu übertragen und das Gelernte breiten Kreisen zugänglich zu machen. Viele Länder seien noch nicht in der Lage, eine große Gruppe internationaler Geber zu koordinieren, die alle ihre eigene Sichtweise und Agenda in die Arbeit einbrächten, weshalb sie die von der WHO in diesem Zusammenhang wahrgenommene Funktion zu schätzen wüssten.

Es wurde allgemein anerkannt, dass die WHO die Arbeit weiterführen und alle 51 Länder der Europäischen Region einbeziehen müsse. Mehrere Delegierte stellten sich hinter die diesbezüglichen Empfehlungen des Berichts.

In seiner Antwort dankte Dr. Jussi Huttunen, der zweite externe Gutachter, in seinem eigenen und im Namen seines Kollegen dem Regionalkomitee für die Gelegenheit, die Evaluation durchführen zu dürfen, was ihrer Überzeugung nach eine einzigartige Erfahrung gewesen sei. Sie seien der Ansicht, dass für ihre Empfehlungen eine ausreichende Faktengrundlage vorhanden gewesen sei, die sie auch zu dem Schluss habe gelangen lassen, dass das EUROHEALTH-Programm ein Erfolg sei.

DIE KÜNFTIGE ARBEIT DER WHO

Die künftige Strategie des Regionalbüros für die Arbeit mit den Ländern (*EUR/RC50/10 und /Conf.Doc./9*)

Der Koordinator der Abteilung Partnerschaften für die gesundheitliche Entwicklung in den Ländern beschrieb die neue Länderstrategie als Wendepunkt für das Regionalbüro und sagte, sie zeuge von einer

deutlichen Schwerpunktverlagerung, deren Ziel es sei, den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten besser entgegenzukommen. Der Strategie lägen zehn Jahre Erfahrungen und das Know-how zugrunde, die man durch das EUROHEALTH-Programm gewonnen habe, und außerdem gründe sie sich auf die Ergebnisse der kürzlich durchgeführten Evaluation des Programms. Man habe sich damit das Prinzip der einen WHO zu eigen gemacht, und die Strategie spiegele auch die Bedeutung wider, die man im Rahmen der globalen Agenda der Arbeit in und mit den Ländern beimesse.

Man habe mit der Strategie die immense Unterschiedlichkeit der Region zu berücksichtigen versucht, zugleich sei man aber davon ausgegangen, dass es Bereiche gebe, in denen sich die Interessen aller 51 Länder deckten. Deshalb habe man erkannt, dass man mit allen arbeiten müsse, wenngleich in unterschiedlicher Weise. Informelle Ländergruppierungen zur Behandlung gemeinsamer Anliegen und Herausforderungen seien ein ebenso wichtiges Kennzeichen der neuen Strategie wie die Erleichterung eines fruchtbaren Gedanken- und Erfahrungsaustauschs.

In der Strategie werde auch deutlich, dass man die internationalen Partnerschaften stärken und insbesondere starke Bündnisse mit den Organisationen eingehen müsse, die sich zunehmend für die Gesundheit interessierten, so wie die Europäische Union und die Weltbank. Dies sollte wiederum sicherstellen, dass die knappen Ressourcen wirksamer ausgenutzt würden und sich die negativen Auswirkungen unkoordinierter Maßnahmen in den Ländern auf ein Mindestmaß beschränkten und bestenfalls sogar vermieden würden.

Die WHO genieße wegen ihrer Fachkompetenz hohes Ansehen und man beabsichtige, auf dieser Stärke aufzubauen, indem man die breitere Problematik der Gesundheit und ihrer Determinanten aufgreife. Das werde nicht nur durch die Erweiterung der wissenschaftlichen Faktengrundlage, sondern auch durch die Schaffung von Fora für den Austausch und die Vertiefung des Wissens geschehen.

Modernstes Wissen und die dazu gehörigen technischen Instrumente reichten an sich jedoch noch nicht aus. Man müsse auch sicherstellen, dass die Organisation imstande sei, ihre Strategien und Konzepte nachhaltig umzusetzen. Das berücksichtige die Strategie ausdrücklich, so wie darin auch darauf hingewiesen werde, dass man bei der Verfolgung gemeinsamer gesundheitlicher Zielsetzungen politische Sensibilität walten lassen und Reife beweisen müsse.

In der Strategie werde auch angegeben, was die WHO zur Entwicklung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen beitragen könne, insbesondere im Hinblick auf die im Umbruch befindlichen Länder, sowie die EU-Beitrittskandidaten. Außerdem werde dargelegt, wie die WHO den Ländern helfen werde, deren Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit anzugehen, und wie sie dabei rein methodisch vorgehen werde. Aufgegriffen werde zudem die Frage, wie die wissenschaftliche Faktengrundlage aufzubauen sei und gute, ebenfalls länderorientierte Informationssysteme geschaffen werden könnten. Ebenfalls anerkannt werde, dass es wichtig sei, die Rolle der Länderkoordinatoren weiter zu entwickeln, und es werde dargestellt, wie dies geschehen könne.

Abschließend unterstrich er, dass die Länderstrategie unbedingt als ein gemeinsames Vorhaben von Regionalbüro und Mitgliedstaaten zu sehen sei. Die WHO sei der Überzeugung, dass ihre Arbeit mit den Ländern und durch die Länder überaus wichtig sei. Beide Seiten hätten dabei eine wichtige Rolle zu übernehmen, beide könnten voneinander lernen. Die Mitarbeiter des Regionalbüros fühlten sich der Strategie vorbehaltlos verpflichtet, weshalb er hoffe, dass sich das Regionalkomitee hinter die Strategie stellen werde.

Dr. James Kiely erklärte dem Regionalkomitee, der SCRC habe die letzte Fassung der Strategie zwar noch nicht gesehen, begrüße aber die Neuausrichtung auf alle 51 Länder der Region. Dem SCRC sei viel daran gelegen gewesen, dass die vorgeschlagenen Veränderungen ausführlich und deutlich begründet würden. Das Resultat der EUROHEALTH-Evaluation habe man bei der Entwicklung der neuen Strategie als besonders wichtig empfunden. Der SCRC habe auch betont, dass die Strategie und die neue Struktur des Regionalbüros die strategische Konsequenz, den organisatorischen Zusammenhang und die operative Effektivität sicherstellen müssten.

Da die Strategie langfristige Bedeutung habe, sei nach Meinung des SCRC eine regelmäßige Begleitüberwachung wichtig. Der Regionaldirektor werde dem Regionalkomitee im Jahr 2002 über die gemachten Fortschritte berichten, doch der SCRC sei auch übereingekommen, der Angelegenheit bei seinen Tagungen im kommenden Jahr besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

In der darauf folgenden Diskussion begrüßten die Delegierten die neue strategische Ausrichtung und brachten die Überzeugung zum Ausdruck, dass es sich dabei um eine deutliche Absichtserklärung handle, die die künftige Arbeit des Regionalbüros untermauern werde. Der Versuch, unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten den Bedürfnissen aller 51 Mitgliedstaaten gerecht zu werden, wurde als positiver Schritt gewertet. Das Gleiche gelte für die offensichtliche Entschlossenheit des Regionalbüros, künftig systematischer zu arbeiten und sicherzustellen, dass die Länder konsequent und stabil beraten würden.

Viele Delegierte verwiesen auf die Vorteile, die ihre Länder durch die Arbeit des EUROHEALTH-Programms gehabt hätten, gaben zugleich aber auch zu erkennen, dass es wichtig sei, „das Netz zu erweitern“ und alle Länder der Region einzubeziehen. Allerdings fragte man sich auch besorgt, wie die vielen, in den Ausführungen skizzierten Entwicklungen finanziert werden würden.

Allgemein begrüßt wurde es, dass man den Schwerpunkt auf den Aufbau der wissenschaftlichen Faktengrundlage und die Investition in Informationssysteme legen wolle, und auch das Konzept der „Zukunftsfora“ fand breite Zustimmung. Klimaveränderungen wurden als zusätzliches Thema für eine solche Gruppe vorgeschlagen, doch eine Delegation meinte, dass es hilfreich wäre, wenn man sich erst ein klares Bild von der genauen Funktion und Arbeitsweise der Fora machen könne.

Es sei begrüßenswert, dass in der Strategie das Schwergewicht darauf gelegt werde, den im Umbruch befindlichen Ländern bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte zu helfen und ihnen in Fragen der Gesundheitsreform fachlichen Beistand zu leisten. Wichtig sei jedoch, dass man den Ländern helfe, ihre eigenen Lösungen zu finden, um auch auf Dauer eine nachhaltige Entwicklung sicherzustellen. Verschiedene Delegierte zeigten sich besorgt darüber, dass eine einseitige Ausrichtung auf Gesundheitsreformen ein zu enger Ansatz sein könne, der sich oft nur mit Strukturen und Finanzierungsmodellen befasse, die wichtige Problematik der gesundheitlichen Resultate jedoch außer Acht lasse. Armut und die Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs seien beispielsweise weitaus wichtiger, und diese Tatsache müsse die WHO anerkennen. Man meinte, die Organisation habe in diesem Bereich aufgrund ihres Kompetenzvorsprungs in der Region und ihrer Glaubwürdigkeit bei multinationalen Unternehmen und anderen internationalen Organisationen sowie aufgrund ihrer sektorübergreifenden Erfahrungen eine sehr viel wichtigere Rolle zu übernehmen.

Einhellig unterstützt wurde der Vorschlag, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der Weltbank auszubauen, wobei man sich jedoch genauere Auskunft darüber ausbat, wie dies zu erreichen wäre.

Eine Delegation machte den Vorschlag, die Prinzipien der neuen Strategie auszuweiten: die Aktivitäten des Regionalbüros müssten den Gesundheitszustand der Menschen, das Funktionieren der Gesundheitssysteme sowie die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kennzeichen der Länder berücksichtigen. Darüber hinaus müsse das Regionalbüro bei der Stärkung der internationalen partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich eine deutlichere methodische und koordinierende Funktion übernehmen.

In seiner Antwort auf die Diskussionsbeiträge der Mitgliedstaaten dankte der Koordinator der Abteilung Partnerschaften für die gesundheitliche Entwicklung in den Ländern den Rednern für ihre Ermutigung und insbesondere für ihre Kommentare und Ratschläge, die eine Weiterentwicklung der Länderstrategie bewirken würden. In dem Papier würden der übergeordnete Rahmen skizziert und die strategische Richtung angegeben, in der Anwendung und in den daraus folgenden praktischen Maßnahmen in den Ländern werde man jedoch flexibel sein. Verbindungsbüros gebe es in 26 Ländern, doch man werde auch untersuchen, ob man durch andere Mechanismen eine systematischere Zusammenarbeit mit den übrigen 25 Mitgliedstaaten sicherstellen könne.

Viele Delegierte hätten angemerkt, dass man die Partnerschaften verbessern müsse, und dabei immer wieder auf die Einzigartigkeit des Mandats der WHO hingewiesen. Diese begrüßenswerte Ansicht werde es der WHO ermöglichen, ihre spezifische Rolle in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen besser auszufüllen. Auch der von einigen Delegationen erteilte Rat, man möge sich nicht nur auf die öffentlichen Gesundheitssysteme konzentrieren, sondern sich auch mit der Gesundheitsversorgung und der Qualität der Leistungen befassen, sei zu begrüßen und werde Berücksichtigung finden, wenn man die für die Umsetzung der Länderstrategie erforderliche neue Sachkenntnis und das notwendige praktische Können zusammenstellen werde.

Der Regionaldirektor fasste die Diskussion zusammen und betonte noch einmal, dass die Strategie für alle 51 Mitgliedstaaten gedacht sei, obwohl er zugebe, dass die Unterstützung für 26 Länder noch intensiviert werden müsse. Drei Grundsatzbereiche der Strategie seien für alle Mitgliedstaaten wichtig: i) Hilfe in Zeiten einer gesundheitlichen Krise, ii) die Beteiligung an den Zukunftsfora und iii) der Bedarf an Information und Wissen für die Abstützung von Entscheidungen, die sich auf die öffentliche Gesundheit auswirken.

Abschließend erläuterte der Regionaldirektor anhand der Umsetzung der Länderstrategie den übergeordneten logischen Gedankengang, der den Reformprozess im Regionalbüro geleitet habe, und legte insbesondere die Gründe für die neue, auf Funktionen basierende organisatorische Struktur dar. Seiner Ansicht nach sei diese Struktur der beste Weg, um in der Praxis kompetentes Handeln sicherzustellen, womit er meine, dass alle 51 Mitgliedstaaten vom Regionalbüro relevante und brauchbare Dienste erhalten würden. Wie diese genau aussehen sollten, werde man nach den in den kommenden Monaten durchzuführenden Überprüfungen wissen.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R5.

Rahmenkonzept und regionales Element des Programmhaushaltsvoranschlags 2002–2003 (EUR/RC50/7, /7 Add.1 und /Conf.Doc./6)

Der strategische Chefberater, Ressourcengruppe des Regionaldirektors, stellte den Programmhaushaltsvoranschlag für 2002–2003 vor. Dieser Haushaltsvoranschlag baue auf den in den vorangegangenen Haushaltsperioden gemachten Erfahrungen auf, beinhalte aber auch Neuerungen in Hinsicht auf den Inhalt, die Struktur und die Vorarbeiten. Ein Eckpfeiler dieses neuen Rahmenkonzepts für die gesamte Organisation sei die Arbeit als „einheitliche WHO“ und der hier zur Debatte stehende Programmhaushaltsvoranschlag veranschauliche ganz deutlich wie man das Konzept der einen WHO in die Praxis umsetzen wolle.

Die generelle strategische Ausrichtung der WHO – mit vier Hauptstrategien – reflektiere das Mandat und die Orientierung der Organisation auf allen Ebenen eindeutig (Länderpräsenz, Regionalbüros und WHO-Hauptbüro). Als Ergebnis einer Reihe von Konsultationen seien elf prioritäre Bereiche definiert und vom Exekutivrat für die Haushaltsperiode 2002–2003 angenommen worden. Diese elf prioritären Bereiche zusammengenommen spiegelten die wichtigsten internationalen Gesundheitsanliegen wider und man habe vorgeschlagen, diesen Bereichen signifikante Ressourcen zuzuweisen.

Der Programmhaushaltsvoranschlag habe eine neue Struktur: Sämtliche Tätigkeiten seien in 35 Arbeitsbereiche untergliedert worden, deren Beschreibung in einem Beratungsprozess zwischen dem WHO-Hauptbüro und den Regionalbüros festgelegt worden sei. Für jeden Arbeitsbereich gebe es eine Erläuterung der Probleme und Herausforderungen, des übergeordneten Ziels, der WHO-Vorgaben und der angestrebten Ergebnisse. Diese Struktur reflektiere eine hierarchische Beziehung von Ursache und Wirkung zwischen den verschiedenen strategischen Planungselementen in jedem Arbeitsbereich: Das übergeordnete Ziel sei die höchste Ebene, zu der die Arbeit der WHO beitragen würde, die WHO-Vorgaben repräsentierten die Veränderungen, auf die sich das WHO-Sekretariat insgesamt festgelegt habe, während die angestrebten Ergebnisse die Ebene bezeichnen, für welche die WHO direkte Zuständigkeit übernehme. Mit dieser Struktur gebe es eine klare Verpflichtung zu „ergebnisorientiertem“ Management und in jedem der 35 Arbeitsbereiche habe man klar definierte angestrebte Ergebnisse vorgesehen,

mit entsprechenden Indikatoren zur Messung der Leistung/Resultate. Die neue Hierarchie unterscheide klar zwischen den Zuständigkeiten des WHO-Sekretariats und denjenigen der Mitgliedstaaten und verdeutliche die Beziehung zwischen den verschiedenen Leistungsebenen besser.

In Bezug auf Europa habe sich der Ordentliche Haushalt um nominal 2,1% erhöht, das entspreche dem Betrag von 1,1 Millionen US-\$. Die gemäß den Bestimmungen der Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA51.31 zugewiesenen zusätzlichen Mittel würden für die Zusammenarbeit mit den Ländern bereitgestellt, wie in Resolution EUR/RC49/R5 spezifiziert.

Der Vergleich mit dem Programmhaushalt 2000–2001 zeige eine beträchtliche Verlagerung, von den Mehrländertätigkeiten auf die Unterstützung des Länderprogramms. Eine weitere Verbesserung der Effizienz solle durch Straffung administrativer Verfahrensweisen erreicht werden und die Zuweisungen von Haushaltsmitteln für Verwaltungsdienste und Dienstreisen seien weiter gekürzt worden.

Die elf globalen Prioritäten würden genau respektiert und 10% der ordentlichen Haushaltsmittel im Gesamtbetrag von 4 Millionen US-\$ seien zu Gunsten von sieben der globalen prioritären Bereiche umgewidmet worden. Außerdem habe das Regionalbüro bei seinen vorrangigen Zuweisungen Finanzierungsmittel für den laufenden Zertifizierungsprozess zur Bestätigung der Eradikation der Poliomyelitis berücksichtigt. In Bezug auf andere Finanzierungsquellen habe das Regionalbüro eine konservative Erhöhung von 2,8% veranschlagt, abhängig von einer weiteren Bestätigung, inwieweit künftige außerordentliche Mittel verfügbar seien. In den letzten Haushaltsperioden sei ein Großteil der außerordentlichen Mittel des Regionalbüros zweckgebunden für Katastrophenhilfe und humanitäre Maßnahmen bereitgestellt worden und somit sei es schwierig, hier Vorhersagen zu machen.

Die jetzige Erörterung des Haushaltsdokuments sei der Anfang einer Reihe von Schritten bis zur endgültigen Verabschiedung des Haushalts auf der 54. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2001, auf der dann auch über die zur Berücksichtigung der Währungsschwankungen und Inflationsrate vorzunehmenden Anpassungen entschieden würde.

Davið Gunnarsson berichtete, dass der SCRC diesen neuen Ansatz sehr begrüßt habe, der die Erstellung eines einheitlichen strategischen ergebnisorientierten Haushalts für die gesamte Organisation bewirke. Mit der neuen Haushaltsdarstellung habe sich auch die Rolle des Regionalkomitees verändert, da es nun zum Gesamthaushalt Stellung nehmen, aber gleichermaßen die spezifischen Interessen der Region wahren müsse. In dieser Hinsicht habe der SCRC vermerkt, dass bestimmte Probleme, die für die Europäische Region von Bedeutung seien, in dem globalen Dokument nicht genügend herausgestellt worden seien.

In der anschließenden Debatte zeichnete sich ein Konsens darüber ab, dass die Neugestaltung des Haushalts eine Verbesserung darstelle: Insbesondere war man der Ansicht, dass eine aussagefähigere Fortschrittsmessung dadurch einfacher würde, ebenso wie zum Ende der Haushaltsperiode die Evaluierung der Ergebnisse anhand definierter Indikatoren. Die Organisation wurde ermutigt, mit der Verfeinerung ihrer Monitoring- und Evaluationsmethoden und Instrumente fortzufahren.

Die Bemühungen um eine vereinfachte und kürzere Darstellung des Haushalts wurden begrüßt, ebenso der Konsultationsprozess bei Erstellung des Haushaltsvoranschlags. Es wurde die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, dass die intensivere Zusammenarbeit zwischen dem WHO-Hauptbüro und den Regionen bei der Vorbereitung des Haushalts auch zu einer engeren Koordinierung in der Umsetzungsphase führen würde. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass das zur Erörterung vorliegende Dokument mehr als ein strategischer Haushaltsplan sei: Es handle sich eher um ein politisches Instrument, das die Organisationsstrategie klarer mit den für den Rechnungszeitraum geplanten Tätigkeiten der WHO verknüpfe.

Generell wurde erachtet, dass die 35 Arbeitsbereiche den weltweiten gesundheitsbezogenen Aufgaben entsprächen und die elf globalen Prioritäten wurden befürwortet. Die Bemühungen zur Umverteilung der knappen Ressourcen wurden gelobt und es wurde anerkannt, dass eine solche Umwidmung niemals eine einfache Aufgabe sei. Einige Delegationen sprachen die weitere Notwendigkeit an, vor allem bei den Betriebskosten Einsparungen vorzunehmen. Die Kürzung der ordentlichen Haushaltsmittel für den Bereich

Umwelt und Gesundheit – sowohl auf globaler Ebene als insbesondere auch auf der regionalen Ebene – wurde angesichts der enormen Probleme in diesem Bereich und der starken Verbindung zur Strategie der Organisation für unangebracht gehalten.

Die Frage der relativen Ausgewogenheit zwischen globalen und regionsspezifischen Prioritäten wurde von vielen Delegierten angesprochen. Es wurde zwar Verständnis dafür gezeigt, dass globale Prioritäten für konsolidiertes Handeln wichtig seien, doch war man der Meinung, dass hier ein vernünftiges Maß an Flexibilität möglich sein müsse, um sicherzustellen, dass die besonderen Probleme in den einzelnen Regionen angemessen angegangen werden könnten. In dieser Hinsicht wurde erachtet, dass das globale Dokument regionsspezifischen Problemkomplexen – z. B. Umwelt und Gesundheit, Überalterung der Bevölkerung, Verkehrsunfälle, nichtübertragbare Krankheiten, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Humangenetik – nicht genügend Bedeutung beimesse. Außerdem wurde die Auffassung vertreten, dass im globalen Haushaltsplan auf die anerkannten Werte der GESUNDHEIT21 eingegangen werden sollte, da es sich bei der GESUNDHEIT21 um ein verabschiedetes Rahmenkonzept handle, in dem die der Arbeit der WHO zugrunde liegenden generellen Prinzipien klar beschrieben seien.

Verschiedene Delegierte, insbesondere das SCRC-Mitglied, äußerten sich enttäuscht darüber, dass die entsprechend der Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA51.31 erwartete Umverteilung der Mittel langsamer als erwartet vorankomme und dass die zusätzliche Zuweisung von Haushaltsmitteln an die Europäische Region für 2002–2003 dementsprechend geringer als ursprünglich angenommen sei.

Einige Mitgliedstaaten meinten, das Haushaltsdokument sei nicht hinreichend detailliert; sie wollten, dass man die Dollar-Investitionen für die einzelnen Programme am Regionalbüro klar erkennen könne. Das sei dadurch schwieriger geworden, da der neue Organisationsplan des Regionalbüros auf Funktionen basiere und weniger auf der traditionelleren Struktur nach den Bereichen der öffentlichen Gesundheit. Weitere Einzelheiten wurden auch bezüglich der im Programmhaushaltsvoranschlag angesprochenen Personalausstattung erbeten und es wurde die Meinung vertreten, dass in einer entsprechenden Struktur präsentierte Übersichten über die Ausgaben in den abgeschlossenen Haushaltsperioden sinnvolle Vergleiche erleichtern würden.

Zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten wurde dringend darum gebeten, die von anderen Organisationen geleistete Arbeit voll zu nutzen. Das gelte insbesondere für die Europäische Kommission und den Europarat; der Europarat habe auf dem Gebiet der Sicherheit von Blut und Blutprodukten bereits sehr viel wichtige Arbeit geleistet, die hohe Anerkennung gefunden habe.

Die leitende Direktorin für allgemeine Managementfragen, WHO-Hauptbüro, wies in ihrer Antwort auf die Frage zu genaueren Einzelheiten darauf hin, dass die Ausweisung von zu vielen Details im Haushalt von der generellen strategischen Orientierung ablenken würde. Allerdings würde eine Reihe detaillierterer Informationsdokumente zur Ergänzung des dem Exekutivrat im Januar 2001 unterbreiteten Haushalts sowie zur Vorbereitung der endgültigen Annahme im Mai 2001 erstellt werden. Solche spezifischen Informationsdokumente würden die Fragen Personalausstattung, Inflation und Wechselkurse behandeln und sollten zusammen mit dem Finanzbericht gelesen werden, der Einzelheiten zu den Ausgaben während des abgeschlossenen Rechnungszeitraums enthalten werde.

Unter Bezugnahme auf die zur Festlegung des Gesamtvolumens der außerordentlichen Mittel angewendeten Methoden bemerkte sie, dass dieser Betrag naturgemäß nicht vorher feststehe, sondern bestenfalls geschätzt werden könne. In der Vergangenheit hätten sich die Schätzwerte allerdings als relativ akkurat erwiesen. In diesem Zusammenhang müsse man verstehen, dass die am WHO-Hauptbüro eingehenden – und dementsprechend dort verbuchten – außerordentlichen Mittel sehr oft und zu einem großen Teil in den Ländern verwendet würden.

Der Regionaldirektor unterstrich zum Abschluss der Debatte die große Bedeutung, die er den vom Regionalkomitee geäußerten Ansichten beimesse. Er sei sicher, dass die Kommentare einen wichtigen Input für das Sekretariat insgesamt und eine Orientierungshilfe für die Generaldirektorin darstellen würden, wenn das Haushaltsdokument in den kommenden Monaten überarbeitet werde.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R4.

Ein Aktionsplan „Nahrung und Ernährung“ für die Europäische Region (*EUR/RC50/8, /Conf.Doc./7 und /BD/2*)

Die Regionalbeauftragte für Ernährung zeigte einen kurzen Videofilm, der die Belastungen durch Gesundheitsstörungen und Krankheiten, auf eine schlechte Ernährung und nicht einwandfreie Lebensmittel zurückzuführen sind, illustriert. Diese Probleme könnten nur durch umfassende sektorübergreifende Maßnahmen erfolgreich angegangen werden und diesbezüglich würden drei Hauptstrategien empfohlen: eine Strategie für Lebensmittelsicherheit, die die gesamte Nahrungskette einbeziehe; eine Ernährungsstrategie, die sich auf den gesamten Lebenszyklus beziehe und auf Zeitspannen konzentriere, in denen die Bevölkerung am anfälligsten sei; und eine Strategie für die nachhaltig gesicherte Versorgung mit Nahrungsmitteln, auf der Grundlage einer verbesserten Lebensmittelsicherheit. Um zu gewährleisten, dass sich diese drei Strategien gegenseitig ergänzten und um Widersprüche und Überlappungen zu vermeiden, müsse man mit allen beteiligten Sektoren zusammenarbeiten. In kleinen Ländern könnte eine nationale Koordinierungsstelle genügen, wohingegen in großen Ländern möglicherweise auch regionale und städtische Koordinierungsmechanismen erforderlich sein dürften.

Besonders wichtig seien Partnerschaften auf internationaler wie auch auf nationaler Ebene. Dementsprechend sollten Gremien und Organisationen wie die Europäische Union, der Europarat, Organisationen der Vereinten Nationen, Entwicklungsbanken und nichtstaatliche Organisationen über ein Forum verfügen, in dem sie ihre künftigen Grundsatzprogramme in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten erörtern und entwickeln könnten. Der Aktionsplan enthalte deshalb einen Vorschlag zur Schaffung einer europäischen Task Force, um solche Diskussionen zu erleichtern.

Was die Umsetzung des Aktionsplans angehe, so könnten diejenigen Länder, die ihre nationalen lebensmittel- und ernährungsbezogenen Grundsatzprogramme und Aktionspläne (weiter)entwickeln oder ausbauen wollten, Orientierungshilfen in Form eines dreitägigen Workshops für politische Entscheidungsträger erhalten, der in Zusammenarbeit mit der FAO und UNICEF veranstaltet werde. Bisher hätten 17 Länder bereits an solchen Workshops teilgenommen. Außerdem seien spezifische Instrumente entwickelt worden und aus den auf einer Konsultation in Malta im November 1999 unterbreiteten Länderberichten sowie aus den von den nationalen Ansprechpartnern ausgefüllten Fragebogen sei eine Analyse der derzeitigen nationalen Grundsatzprogramme erstellt worden. Diese Daten lieferten Basisinformationen, anhand welcher die Auswirkungen des Aktionsplans evaluiert werden könnten.

Dr. Anca Dumitrescu erklärte, dass nach Meinung des SCRC der Aktionsplan die Besorgnisse der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Nahrung und Ernährung gut reflektiere. Der SCRC habe die Auffassung vertreten, dass die WHO sich durch unabhängige Ratschläge und durch Wahrnehmung einer normativen Funktion – vor allem in ihren Mitgliedstaaten, die nicht der EU angehörten – als Verfechter der öffentlichen Gesundheit engagieren sollte. Der SCRC hätte gern eine größere Schwerpunktlegung auf die seiner Meinung nach wichtigsten Fragen gesehen: die Belastungen durch ernährungsbedingte Krankheiten und Gesundheitsstörungen und die Argumente zugunsten eines Grundsatzprogramms und Aktionsplans. Es sei besonders wichtig, dass das Dokument das Interesse der Gesundheitsminister erwecke und deren Unterstützung erhalte, da diese in der besten Position seien, die nötigen Partnerschaften mit allen für bestimmte Aspekte der Nahrungskette verantwortlichen Sektoren zu fördern.

In der anschließenden Diskussion wurde in den zahlreichen Kommentaren der Entwurf des Aktionsplans begrüßt und die Delegierten beglückwünschten den Regionaldirektor dazu, dass er das Thema Nahrung und Ernährungspolitik noch einmal in den Vordergrund gerückt habe. Dieses Thema sei äußerst komplex und der Aktionsplan sei ein begrüßenswerter Versuch zu einem integrierten Ansatz mit weitreichender Wirkung. Das Regionalkomitee wurde deshalb eindringlich gebeten, hier so rasch wie möglich vorzugehen. Der Aktionsplan hätte für alle Länder der Region Geltung, ungeachtet ihres Entwicklungsstands. Wünschenswert wäre, dass die Länder eigene Grundsatzprogramme für Nahrung und Ernährung erstellen, in denen die verschiedenen sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren Berücksichtigung finden könnten.

Die Delegierten maßen der Koordinierung zwischen den verschiedenen im Gesundheitsbereich in Europa tätigen Gremien große Bedeutung bei und ersuchten den Regionaldirektor, die komplementäre Rolle der WHO in diesem Bereich genauer herauszustellen. Sie unterstützten die Einsetzung einer Task Force für die Schaffung des erforderlichen Instrumentariums. Verschiedene Delegierte wiesen auf den großen Unterschied zwischen Lebensmittelsicherheit und Ernährung hin: Lebensmittelsicherheit sei ein technisches Problem, wohingegen die Ernährung ein Bereich sei, in dem nur ein langfristiges Aufklärungsprogramm Veränderungen herbeiführen könne.

Ein Delegierter regte an, den Verweis auf den CINDI-Ernährungsleitfaden näher zu erklären, um einen Bezug zu den europäischen Ernährungsleitlinien zu vermeiden. Ein anderer Delegierter bat, dass das Regionalbüro während der Laufzeit des Aktionsplans auch die Forschung über die Produktion von Bio-Nahrungsmitteln fördern sollte.

Der Vertreter der Europäischen Kommission erklärte, dass die neue Kommission ein umfassendes Grundsatzzprogramm zur Ernährung erörtere und einen Aktionsplan erarbeite, deshalb sei eine enge Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro in diesem schwierigen Bereich äußerst wünschenswert. Er äußerte sich indessen eher skeptisch über die Schaffung einer Task Force, die seiner Ansicht nach wenig mit der praktischen Umsetzung des Aktionsplans zu tun habe. Der Vertreter der FAO unterstützte nachdrücklich die Bemühungen um Fortsetzung der Zusammenarbeit bei der Suche nach Lösungen für die Probleme Hunger und Mangelernährung. Der Aktionsplan wäre eine sinnvolle Weiterführung der Internationalen Ernährungskonferenz von 1992. Die Vertreterin von UNICEF brachte auch die Bereitschaft ihrer Organisation zur weiteren engen Zusammenarbeit mit der WHO zum Ausdruck, speziell in Fragen, die Frauen und Kinder betreffen, wie beispielsweise Stillen und Jodmangelstörungen.

Die Vertreter von European Heart Network und des International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders reichten eine Erklärung ein, dass ihre Organisationen die Arbeit des Regionalbüros auf dem Gebiet der Ernährung unterstützten und die Initiative zur Entwicklung eines Aktionsplans begrüßten.

Der Regionaldirektor dankte allen Mitgliedstaaten für ihre Unterstützung des Aktionsplans und bemerkte, dass – mit Ausnahme des Vertreters der Europäischen Kommission – Einigkeit über die Einsetzung einer Task Force bestehe. Er begrüßte, dass man ihn ausdrücklich damit betraut habe, solch ein Gremium mit bereitwilligen Partnern ins Leben zu rufen.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R8.

Zur Erörterung der Frage einer neuen globalen Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern wurde außerhalb der Tagung des Regionalkomitees eine informelle Sitzung abgehalten. Als Hintergrundinformation für die im Zusammenhang mit der 107. Tagung des Exekutivrats zu veranstaltende Arbeitsgruppe wurde ein Papier mit den Ansichten der Teilnehmer an dieser informellen Sondersitzung vorbereitet.

WAHLEN UND NOMINIERUNGEN

Das Regionalkomitee tagte in einer nichtöffentlichen Sitzung, um über die Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat zu beraten und um Mitglieder für den SCRC sowie den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten zu wählen.

Nominierung von Mitgliedern für den Exekutivrat

(EUR/RC50/5 Rev.1 und /5 Rev.1 Corr.1)

Das Regionalkomitee vereinbarte, dass Kasachstan und das Vereinigte Königreich auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2001 ihre Kandidatur für die Wahl in den Exekutivrat unterbreiten.

Wahl von Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
(*EUR/RC50/5 Rev.1 und /5 Rev.1 Corr.1*)

Das Regionalkomitee wählte Finnland, Luxemburg und Tadschikistan für eine dreijährige, vom September 2000 bis zum September 2003 laufende Amtszeit in den SCRC.

**Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für
Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten**
(*EUR/RC50/5 Rev.1 und /5 Rev.1 Corr.1*)

In Übereinstimmung mit dem Memorandum of Understanding des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten wählte das Regionalkomitee Portugal für die Mitgliedschaft im Gemeinsamen Koordinationsrat für eine dreijährige Amtszeit mit Wirkung vom 1. Januar 2001.

SONSTIGE ANGELEGENHEITEN

Gedenken an Mitarbeiter der Vereinten Nationen

Das Regionalkomitee legte zwei Schweigeminuten ein als Ausdruck des Gedenkens an die drei in Westtimor (Indonesien) ermordeten Mitarbeiter des Büros des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR).

Ort der 51. und Ort und Zeitpunkt der 52. Tagung
(*EUR/RC50/Conf.Doc./5*)

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC50/R6, mit der bestätigt wird, dass die 51. Tagung vom 10. bis 13. September 2001 in Madrid (Spanien) abgehalten wird und dass die 52. Tagung vom 16. bis 19. September 2002 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen stattfindet.

Die Delegation von Österreich übermittelte dem Regionalkomitee eine Einladung, eine künftige Tagung in ihrem Land abzuhalten.

RESOLUTIONEN

EUR/RC50/R1

ÄNDERUNGEN ZUR GESCHÄFTSORDNUNG DES REGIONALKOMITEES UND DES STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES REGIONALKOMITEES

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung der (in Anhang 2 zum Dokument EUR/RC50/3 enthaltenen) Empfehlungen des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees zu Änderungen der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees –

1. NIMMT die in EUR/RC50/3 Anhang 2 enthaltenen Änderungen mit sofortiger Wirkung AN,
2. LEGT den Mitgliedstaaten NAHE, Mitglieder des Ständigen Ausschusses in ihre Delegationen zu den Regionalkomitees und zu den Weltgesundheitsversammlungen aufzunehmen.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 0.

EUR/RC50/R2

BERICHT DES REGIONALDIREKTORS ÜBER DIE TÄTIGKEIT DER WHO IN DER EUROPÄISCHEN REGION 1998–1999

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung und Erörterung des Berichts des Regionaldirektors über die Tätigkeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 1998–1999 (Dokument EUR/RC50/2) und des dazugehörigen Informationsdokuments über die Umsetzung des Programmhaushalts 1998–1999 (Dokument EUR/RC50/Inf.Doc.1) –

1. DANKT dem ehemaligen Regionaldirektor für den Bericht und dem neuen Regionaldirektor für die Präsentation des Berichts,
2. BRINGT seine Anerkennung für die vom Regionalbüro im Rechnungszeitraum 1998–1999 geleistete Arbeit ZUM AUSDRUCK,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, die während der Aussprache auf der 50. Tagung vorgebrachten Vorschläge bei der Erarbeitung der künftigen Programme der Organisation und bei der Durchführung der Arbeit des Regionalbüros zu berücksichtigen und zu reflektieren.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 0–21.

EUR/RC50/R3

ERADIKATION DER POLIOMYELITIS

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf seine Resolution EUR/RC47/R4, mit der es den Aktionsplan für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region befürwortet hat und unter Hinweis auf die Resolution

WHA52.22 der Weltgesundheitsversammlung, mit der gefordert wurde, die Tätigkeiten zur Eradikation der Poliomyelitis zu intensivieren und die Überwachungsqualität zu verbessern,

erfreut über den Bericht an das Regionalkomitee über den gegenwärtigen Stand des Polio-Eradikationsprogramm in der Region und die geplanten Aktivitäten, um die Europäische Region bis zum Jahr 2003 als poliofrei bestätigen zu können (Dokument EUR/RC50/9),

unter Begrüßung der beträchtlichen Fortschritte, die – dank gut koordinierter interregionaler und länderübergreifender Bemühungen im Rahmen der sogenannten „MECACAR-Plus-Kampagne“ – in jüngster Zeit in Endemieländern der Region hinsichtlich der Eradikation der Poliomyelitis verzeichnet wurden und unter Begrüßung der beträchtlichen Unterstützung durch internationale Partner, nichtstaatliche Organisationen und einzelne Mitgliedstaaten,

im Bewusstsein, dass das Ziel der Zertifizierung der Europäischen Region bis zum Jahr 2003 als ein poliofreies Territorium nur erreicht werden kann, wenn alle Länder der Region weiterhin eine hohe Impfdichte und gute Überwachung sowie die sichere Lagerung von Polio-Wildviren im Labor sicherstellen –

1. BEFÜRWORDET den Aktionsplan für das Polio-Eradikationsprogramm in der Europäischen Region für den Zeitraum 2000–2001,
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:
 - a) ihr Engagement für das Polio-Eradikationsprogramm erneut zu bekräftigen und die für die Zertifizierung der Eradikation der Poliomyelitis notwendigen Mitarbeiter und Ressourcen verfügbar zu machen,
 - b) ihren Teil des Aktionsplans, mit Schwerpunkt auf einer weiterhin hohen Impfdichte und guten Überwachung, bis zum Zeitpunkt der weltweiten Bestätigung der Polio-Eradikation umzusetzen und dabei auch auf die Möglichkeit einer Einschleppung des Polio-Wildvirus vorbereitet zu sein,
 - c) den Prozess zur sicheren Lagerung von Polio-Wildviren in Hochsicherheitslaboren – im Rahmen des globalen Aktionsplans der WHO für die Lagerung von Polio-Wildviren im Labor – in die Wege zu leiten,
 - d) die für das letzte Stadium der globalen und regionalen Eradikation der Poliomyelitis erforderlichen Humanressourcen und finanziellen Mittel zu mobilisieren und den Regionaldirektor bei der Erschließung von zusätzlichen Sondermitteln von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und Einrichtungen zu unterstützen,
3. ERMUTIGT in jüngster Zeit endemische Mitgliedstaaten WEITERHIN, wo dies angebracht erscheint, breit angelegte Impfkampagnen von hoher Qualität fortzuführen und die Überwachungsqualität rascher zu verbessern,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor:
 - a) alle Partner eindringlich zu bitten, die zur Erreichung des regionalen Ziels im Zuge des globalen Programms zur Eradikation der Poliomyelitis erforderliche Unterstützung zu gewähren,
 - b) zusätzliche gemeinsame grenzüberschreitende Maßnahmen vorzusehen und die regionsübergreifenden Bemühungen zur Polio-Eradikation mit dem WHO-Regionalbüro für das Östliche Mittelmeer weiterhin zu koordinieren,
 - c) mit Mitgliedstaaten bei der Schaffung eines Mechanismus zur Verfolgung des Prozesses der Lagerung von Polio-Wildviren in Hochsicherheitslaboren zusammenzuarbeiten,

- d) dem Regionalkomitee im Jahr 2002 über den Sachstand der Zertifizierung der Europäischen Region als frei von Poliomyelitis zu berichten.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 7.

EUR/RC50/4

PROGRAMMHAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR 2002–2003

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des Programmhaushaltsvoranschlags für den Rechnungszeitraum 2002–2003 (Dokument EUR/RC50/7 und EUR/RC50/7 Add.1) und nach Kenntnisnahme der diesbezüglichen Kommentare des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) und des Regionalkomitees,

unter Begrüßung der Bemühungen in der gesamten Organisation, entsprechend dem Konzept der WHO als Einheit, einen stärker fokussierten konzeptuellen und strategischen Rahmen vorzulegen,

in Kenntnisnahme der Tatsache, dass die Haushaltsvoranschläge in Einklang mit Resolution EUR/RC47/R9 stehen, mit der der Regionaldirektor ersucht wurde, den regionalen Programmhaushalt in Einklang mit den für die Präsentation des globalen Programmhaushalts zu Grunde gelegten Prinzipien zu erarbeiten und gleichzeitig die ausschließlich regionalen Prioritäten zu reflektieren,

weiterhin in Kenntnisnahme der Tatsache, dass die gegenwärtigen Haushaltsvoranschläge noch als Entwurf anzusehen sind, angesichts der Tatsache, dass Artikel 34 der Satzung der WHO bestimmt, dass die Generaldirektorin den endgültigen Haushaltsplan der Organisation dem Exekutivrat zu unterbreiten hat –

1. ERSUCHT den Regionaldirektor, der Generaldirektorin die vom Regionalkomitee zu dem vorgeschlagenen Programmhaushaltsdokument geäußerten Ansichten, Kommentare und Vorschläge zu übermitteln, die bei der Fertigstellung und Umsetzung des Programmhaushalts zu berücksichtigen sind,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor FERNER, alle zusätzlichen Haushaltsmittel für den Rechnungszeitraum 2002–2003 auf der Grundlage des auf der 49. Tagung des Regionalkomitees befürworteten Index der menschlichen Entwicklung (Resolution EUR/RC49/R5) zu verteilen,
3. BEFÜRWORTET die in dem Dokument des Regionaldirektors „Die Perspektive der Europäischen Region“ (EUR/RC50/7) beschriebene strategische Ausrichtung und begrüßt den in Dokument EUR/RC50/7 Add.1 enthaltenen Haushaltsvoranschlag für 2002–2003, der aus ordentlichen Mitteln und soweit verfügbar aus außerordentlichen Mitteln zu finanzieren ist, und der eine sehr gute Grundlage für weitere Diskussionen im Exekutivrat und in der Weltgesundheitsversammlung bietet.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 0.

EUR/RC50/R5

DIE LÄNDERSTRATEGIE DES WHO-REGIONALBÜROS FÜR EUROPA

„DIE DIENSTE DEN NEUEN ANFORDERUNGEN ANPASSEN“

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung der Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa (Dokument EUR/RC50/10),

unter Hinweis auf frühere Resolutionen des Regionalkomitees über die Zusammenarbeit mit den Ländern und hier insbesondere mit den Ländern von Mittel- und Osteuropa im Rahmen des EURO-HEALTH-Programms (EUR/RC40/R7, EUR/RC41/R2 und EUR/RC43/R10), darunter zu dessen Evaluation und Aktualisierung (EUR/RC44/R10, EUR/RC45/R6),

eingedenk der Notwendigkeit einer fortgesetzten Überprüfung und strategischen Planung im Zusammenhang mit der Länderstrategie der Europäischen Region, wie in Resolution EUR/RC49/R5 gefordert,

die laufende Reform des Regionalbüros und das verstärkte Gewicht auf der Zusammenarbeit mit den Ländern erfreut zur Kenntnis nehmend –

1. STELLT SICH HINTER den vom Regionaldirektor skizzierten Rahmen für die neue europäische Länderstrategie,
2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, an der Weiterentwicklung und Umsetzung der neuen Strategie mitzuarbeiten,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor:
 - a) auch weiterhin nach Wegen zur Optimierung der Strategien für die Zusammenarbeit mit den Ländern zu suchen, um die Qualität der Gesundheitsversorgungsdienste für die Nutzer zu verbessern,
 - b) Initiativen zu ergreifen, um die für eine wirksame Umsetzung der neuen Strategie erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu beschaffen,
 - c) dem Regionalkomitee auf dessen 52. Tagung über die Fortschritte zu berichten, die in der Arbeit mit Ländern der Europäischen Region erzielt wurden.

GESUNDHEIT21 Europäische Ziele 1, 21.

EUR/RC50/R6

ORT UND ZEITPUNKT DER ORDENTLICHEN TAGUNGEN DES REGIONALKOMITEES IN DEN JAHREN 2001 UND 2002

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des auf der 49. Tagung getroffenen, in Resolution EUR/RC49/R7 enthaltenen Beschlusses –

1. BESCHLIESST, dass die 51. Tagung vom 10. bis 13. September 2001 in Madrid (Spanien) stattfindet,
2. BESCHLIESST FERNER, dass die 52. Tagung vom 16. bis 19. September 2002 am Sitz des Regionalbüros für Europa in Kopenhagen abgehalten wird.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 0.

EUR/RC50/R7**BERICHT DES STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES REGIONALKOMITEES**

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung des Berichts des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokument EUR/RC50/3 und EUR/RC50/3 Add.1) sowie der darin vorgeschlagenen Maßnahmen und Empfehlungen –

1. DANKT dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses für ihre Arbeit im Interesse des Regionalkomitees,
2. BITTET den Ständigen Ausschuss, seine Arbeit auf der Grundlage der vom Regionalkomitee während der 50. Tagung geführten Diskussionen und verabschiedeten Resolutionen weiterzuführen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor, gegebenenfalls zu den im Bericht des Ständigen Ausschusses enthaltenen Schlussfolgerungen und Vorschlägen Maßnahmen zu treffen, unter voller Berücksichtigung der vom Regionalkomitee auf der 50. Tagung vereinbarten und in dem Tagungsbericht festgehaltenen Änderungen.

GESUNDHEIT21 Europäisches Ziel 0.

EUR/RC50/R8**DER EINFLUSS DER NAHRUNG UND ERNÄHRUNG AUF
DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT****EIN ARGUMENT FÜR EIN GRUNDSATZPROGRAMM NAHRUNG UND ERNÄHRUNG SOWIE EINEN
AKTIONSPLAN FÜR DIE EUROPÄISCHE REGION DER WHO
FÜR DEN ZEITRAUM 2000–2005**

Das Regionalkomitee –

besorgt über die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch den Mangel an einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln,

in Anerkennung der Rolle anderer internationaler Organisationen und Sektoren, die ein Interesse an Nahrungsfragen haben,

unter Hinweis auf die Resolution WHA46.7 der Weltgesundheitsversammlung, mit der die Umsetzung von umfassenden Ernährungs-Aktionsplänen gefordert und die Zielvorgaben der vierten Entwicklungsdekade der Vereinten Nationen und des Weltkindergipfels unterstützt wurden,

ferner unter Hinweis auf frühere Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung, speziell Resolution WHA49.15 über Säuglings- und Kleinkinderernährung und Resolution WHA52.24 über die Prävention und Bekämpfung des Jodmangels, die die Notwendigkeit umfassender ernährungspolitischer Konzepte demonstrieren,

nach Behandlung des Dokuments EUR/RC50/8 mit dem Titel *Der Einfluss der Nahrung und Ernährung auf die öffentliche Gesundheit – Ein Argument für ein Grundsatzprogramm für Nahrung und Ernährung sowie einen Aktionsplan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2000–2005* –

1. STELLT SICH HINTER den Aktionsplan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2000–2005,

2. EMPFIEHLT den Mitgliedstaaten, unter Berücksichtigung der Unterschiede ihrer kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten Schritte zur Durchführung des Aktionsplans zu unternehmen,
3. ERSUCHT die Organisationen der europäischen Integration sowie zwischenstaatliche und nicht-staatliche Organisationen, gemeinsam mit Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro Maßnahmen zu ergreifen, um die die gesamte Region umfassenden Bemühungen, die Gesundheit der Bevölkerung durch Grundsatzprogramme für Nahrung und Ernährung zu fördern, zu maximieren,
4. ERSUCHT den Regionaldirektor:
 - a) von Seiten des WHO-Regionalbüros für Europa eine angemessene Unterstützung für den Aktionsplan sicherzustellen,
 - b) bei umfassenden Bemühungen, die Gesundheit der Bevölkerung durch bedarfsgerechte Grundsatzprogramme für Nahrung und Ernährung zu fördern, mit Mitgliedstaaten und anderen Organisationen zusammenzuarbeiten und diese zu unterstützen,
 - c) in Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen, der Europäischen Kommission und dem Europarat, die Möglichkeit der Einsetzung einer Sondergruppe für ernährungspolitische Konzepte in der Europäischen Region der WHO zu prüfen,
 - d) 2005 eine ministerielle Konferenz zu organisieren, um den Stand der Umsetzung von umfassenden Grundsatzprogrammen für Nahrung und Ernährung in der Region insgesamt und auf Länderebene zu bewerten,
5. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, auf der 2005 zu veranstaltenden ministeriellen Konferenz über die Schritte zu berichten, die sie unternommen haben, um die Gesundheit ihrer Bevölkerung durch eine Nahrungs- und Ernährungspolitik zu fördern,
6. ERSUCHT den Regionaldirektor, dem Regionalkomitee 2002 über die bei der Umsetzung des Aktionsplans gemachten Fortschritte zu berichten.

GESUNDHEIT21 Europäische Ziele 3, 11.

Anhang 1

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung der Tagung

- a) Wahl von Präsident/in, Exekutivpräsident/in, Stellvertretendem/r Exekutivpräsident/in und Berichterstatter/in
- b) Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

2. Erörterung der Arbeit der WHO

- a) Ansprache der Generaldirektorin
- b) Bericht des Regionaldirektors
- c) Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Überprüfung der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des SCRC)
- d) Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im System der Vereinten Nationen, mit Organisationen der europäischen Integration sowie mit zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in Europa
- e) Evaluation des EUROHEALTH-Programms
- f) Ausrottung der Poliomyelitis

3. Die künftige Arbeit der WHO

- a) Rahmenkonzept und regionales Element des Programmhaushaltsvoranschlags 2002–2003
- b) Ein Ernährungsaktionsplan für die Europäische Region
- c) Die künftige Strategie des Regionalbüros für die Arbeit mit den Ländern

4. Verfahrensangelegenheiten und Wahlen/Nominierungen

- a) Nominierung von zwei Mitgliedern für den Exekutivrat
- b) Wahl von drei Mitgliedern für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees
- c) Wahl eines Mitglieds für den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

5. Sonstige Angelegenheiten

- a) Ort der 51. und Ort und Zeitpunkt der 52. Tagung
- b) Sonstiges
- c) Annahme des Berichts und Abschluss der 50. Tagung

Anhang 2

LISTE DER ARBEITSDOKUMENTE

Arbeitsdokumente

EUR/RC50/1 Rev.1	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC50/2	Bericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region 1998–1999
EUR/RC50/3	Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC50/3 Add.1	Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees über die fünfte Tagung
EUR/RC50/4	Externe Evaluation des EUROHEALTH-Programms – Bericht der externen Gutachter
EUR/RC50/5 Rev.1	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC50/5 Rev.1 Corr.1	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC50/6	Zusammenarbeit mit anderen in Europa im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen
EUR/RC50/7	Programmhaushaltsvoranschlag 2002–2003 – Die Perspektive der Europäischen Region
EUR/RC50/7 Add.1	Programmhaushaltsvoranschlag der WHO für 2002–2003 – „Eine einheitliche Organisation“
EUR/RC50/8	Der Einfluss der Nahrung und Ernährung auf die öffentliche Gesundheit – Ein Argument für ein Grundsatzprogramm für Nahrung und Ernährung sowie einen Aktionsplan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2000–2005
EUR/RC50/9	Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region und Aktionsplan zur Bestätigung der Eradikation 2000–2003
EUR/RC50/10	Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“
EUR/RC50/11 Rev.1	Liste der Dokumente

Konferenzdokumente

EUR/RC50/Conf.Doc./1 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC50/Conf.Doc./2	Bericht des Regionaldirektors über die Tätigkeit der WHO in der Europäischen Region 1998–1999
EUR/RC50/Conf.Doc./3	Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC50/Conf.Doc./4	Änderungen zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC50/Conf.Doc./5	Ort und Zeitpunkt der ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2001 und 2002
EUR/RC50/Conf.Doc./6	Programmhaushaltsvoranschlag für 2002–2003
EUR/RC50/Conf.Doc./7	Der Einfluss der Nahrung und Ernährung auf die öffentliche Gesundheit – Ein Argument für ein Grundsatzprogramm für Nahrung und Ernährung sowie einen Aktionsplan für die Europäische Region der WHO für den Zeitraum 2000–2005
EUR/RC50/Conf.Doc./8	Eradikation der Poliomyelitis
EUR/RC50/Conf.Doc./9	Die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros für Europa „Die Dienste den neuen Erfordernissen anpassen“

Informationsdokumente

- EUR/RC50/Inf.Doc./1 Bericht des Regionaldirektors – Informationsdokument – Umsetzung des Programmhaushalts 1998–1999
- EUR/RC50/Inf.Doc./2 Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) Oktober 1999 – Juni 2000
- EUR/RC50/Inf.Doc./3 Angelegenheiten, die sich aus Beschlüssen und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
- EUR/RC50/Inf.Doc./4 Katastrophensoforthilfe in der Europäischen Region – Zwischenbericht

Hintergrunddokumente

- EUR/RC50/BD/1 EUROHEALTH evaluation: Detailed report (nur auf Englisch)
- EUR/RC50/BD/2 Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern: Follow-up – Orientierung für das Regionalkomitee

Anhang 3

LISTE DER REPRÄSENTANTEN UND ANDEREN TEILNEHMER

I. MITGLIEDSTAATEN**Andorra**

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Josep M. Goicoechea Minister für Gesundheit und Gemeinwohl Rosa M. Mandicó Alcobé Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl
<i>Stellvertreter</i>	Josep M. Casals Alis Leiter, Abteilung Lebensmittel und Ernährung, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Armenien

<i>Repräsentant</i>	Dr. Ararat Mkrtchian Gesundheitsminister
---------------------	---

Aserbaidshjan

<i>Repräsentant</i>	Dr. Abbas Valibayov Stellv. Gesundheitsminister
---------------------	--

Belgien

<i>Repräsentanten</i>	Alfred Berwaerts Generaldirektor, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt Baudouin de la Kethulle de Ryhove Botschafter des Königreichs Belgien in Dänemark Dr. Godfried Thiers Direktor, Institut für Public-Health-Forschung
<i>Stellvertreter</i>	Jan Dams Stellv. Direktor, Direktion Gesundheitsversorgung, Ministerium der flämischen Gemeinschaft
<i>Beraterinnen</i>	Anne-Marie Sacre-Bastin Referentin, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt Jana Zikmundova Referentin, Ständige Vertretung Belgiens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Bosnien-Herzegowina

Repräsentanten Dr. Zeljko Rodić
Gesundheitsminister, Republik Srpska
Dr. Bakir Nakaš
Stellv. Gesundheitsminister

Bulgarien

Repräsentanten Dr. Stoicho Katsarov
Stellv. Gesundheitsminister
Dr. Staiko Koulaksazov
Direktor, Internationale Zusammenarbeit und europäische Integration,
Gesundheitsministerium

Stellvertreterin Tania Angelova
Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Dänemark

Repräsentanten Sonja Mikkelsen
Gesundheitsministerin
Ib Valsborg
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Mogens Jørgensen
Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium
Dr. Gunnar Schiøler
Amtierender leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde

Berater Marianne Kristensen
Chefberaterin, Nationale Gesundheitsbehörde
Søren Thomsen
Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium
Annette Flensborg
Abteilungsleiterin, Ministerium für Landwirtschaft, Nahrungsmittel und Fischerei

Sekretäre Morten Frank Pedersen
Persönlicher Sekretär der Gesundheitsministerin
Kåre Geil
Persönlicher Sekretär der Gesundheitsministerin

Deutschland

Repräsentant Helmut Voigtländer
Leiter der Unterabteilung „Angelegenheiten der EU, Internationale Zusammen-
arbeit“, Bundesministerium für Gesundheit

Berater Klaus Botzet
Referent, Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
Dr. Christian Luetkens
Unterabteilungsleiter, Hessisches Sozialministerium

Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

Repräsentanten Dr. Muarem Nexhipi
Stellv. Gesundheitsminister
Muhamed Halili
Botschafter der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien in Dänemark

Stellvertreter Professor Elisaveta Stikova
Direktorin, Republikinstitut für Gesundheitsschutz
Professor Samuel Sadikario
Präsident, Nationaler Diabetes-Ausschuss

Estland

Repräsentantin Dr. Katrin Saluvere
Stellv. Generalsekretärin, Ministerium für Soziales

Finnland

Repräsentanten Dr. Jarkko Eskola
Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Ministerium für Soziales und Gesundheit
Dr. Marjatta Blanco-Sequeiros
Stellv. Generaldirektorin, Abteilung Sozial- und Gesundheitswesen, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Stellvertreter Dr. Tapani Melkas
Direktor, Abteilung für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Ministerium für Soziales und Gesundheit
Liisa Ollila
Leiterin der Abteilung Vereinte Nationen und multilaterale Zusammenarbeit, Büro für internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit
Kaija Hasunen
Beraterin des Ministers, Abteilung Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Ministerium für Soziales und Gesundheit
Tiina Häikiö
Referentin, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Berater Professor Vappu Taipale
Generaldirektor, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für
Gemeinwohl und Gesundheit

Frankreich

Repräsentant Professor Jean-François Girard
Regierungsberater

Stellvertreter Jean-Christophe Tallard-Fleury
Berater für Auswärtige Angelegenheiten, Ministerium für Auswärtige Angele-
genheiten

Berater Dr. Maguy Jeanfrançois
Sonderberaterin, Ministerium für Arbeit und Solidarität

Jeanine Harari-Antourville
Generaldirektion für Gesundheit, Ministerium für Arbeit und Solidarität

Dr. Régine Lefait-Robin
Abteilung Europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für
Arbeit und Solidarität

Philippe Cerf
Erster Sekretär, Botschaft der Französischen Republik in Kopenhagen

Georgien

Repräsentantin Dr. Marine Gudushauri
Stellv. Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Griechenland

Repräsentanten Dr. Meropi Violaki-Paraskeva
Generaldirektorin h.c. für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Ge-
meinwohl

Antonis Lanaras
Fachreferent für internationales Recht, Abteilung Internationale Beziehungen,
Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Beraterinnen Professor Jenny Kourea-Kremastinou
Dekanin, Nationalakademie für öffentliche Gesundheit

Professor Antonia Trichopoulou
Laboratorium für Hygiene und Epidemiologie, Universität Athen

Irland

Repräsentanten Dr. James Kiely
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Mary Aylward
Regierungsrätin, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Berater Donal McCarthy
Referent, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Island

Repräsentanten Ingibjörg Pálmadóttir
Ministerin für Gesundheit und soziale Sicherheit
Davið À. Gunnarsson
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Stellvertreterinnen Ragnheiður Haraldsdóttir
Ministerialdirektorin, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
Ragnhildur Arnljótsdóttir
Direktorin, Allgemeine Verwaltung, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Berater Ingimar Einarsson
Direktor, Planung und Entwicklung, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
Vilborg Ingólfssdóttir
Direktorin Pflegewesen, Generaldirektion für öffentliche Gesundheit

Israel

Repräsentant Dr. Yitzhak Sever
Direktor, Abteilung Allgemeinmedizin, Gesundheitsministerium

Italien

Repräsentanten Professor Vittorio Silano
Generaldirektor, Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
Dr. Marta di Gennaro
Generaldirektorin, Nationale Gesundheitsbehörde, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Dr. Francesco Cicogna
Leitender Medizinaldirektor, Büro für internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium
Dr. Giancarlo Majori
Direktor, Laboratorium für Parasitologie, Nationalinstitut für Gesundheit

Beraterin Dr. Loredana Vellucci
Medizinaldirektorin, Gesundheitsministerium

Kasachstan

Repräsentantin Dr. Tatyana Slazhneva
Stellv. Vorsitzende, Gesundheitsbehörde

Stellvertreter Maksut Kulzhanov
Direktor, Akademie für öffentliche Gesundheit
Raushan Idrisova
Wissenschaftlerin, Kinderinfektionskrankheiten, Gesundheitsbehörde

Kirgisistan

Repräsentant Professor Tilekbe S. Meimanaliev
Gesundheitsminister

Stellvertreter Dr. Boris I. Dimitrov
Leiter, Abteilung für Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Kroatien

Repräsentanten Dr. Ana Stavljenić-Rukavina
Gesundheitsministerin
Dr. Rajko Ostojić
Stellv. Gesundheitsminister

Stellvertreter Professor Zeljko Reiner
Leiter der Abteilung Inneres, Klinisches Krankenhauszentrum, Rebro

Lettland

Repräsentant Viktors Jaksons
Berater des Ministers für Gemeinwohl

Litauen

Repräsentantin Dr. Raimundas Alekna
Gesundheitsministerin

Stellvertreter Professor Vilius Grabauskas
Rektor, Medizinische Hochschule Kaunas

Berater Arturas Gailiunas
Legationsrat, Ständige Vertretung der Republik Litauen bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
Laurynas Bucalis
Presseattaché, Gesundheitsministerium

Luxemburg

Repräsentantinnen Dr. Danielle Hansen-Koenig
Direktorin für Gesundheit, Direktion Gesundheit
Aline Schleder-Leuck
Chefberaterin, Gesundheitsministerium

Malta

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Louis Deguara Gesundheitsminister Dr. Ray Busuttil Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Andrew Amato-Gauci Koordinator, Internationale Gesundheitsangelegenheiten, Gesundheitsministerium

Monaco

<i>Repräsentantin</i>	Dr. Anne Nègre Amtsärztin, Direktion Gesundheit und Sozialarbeit
-----------------------	---

Niederlande

<i>Repräsentant</i>	Dr. Geert M. van Etten Leiter, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
<i>Stellvertreter</i>	Jos G.H. Draijer Stellv. Leiter, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport Monique A.C.M. Middelhoff Chefberaterin, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport
<i>Berater</i>	Jacob Waslander Legationsrat Erster Klasse, Ständige Vertretung des Königreichs Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Norwegen

<i>Repräsentanten</i>	Hilde C. Sundrehagen Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales Dr. Petter Øgar Generaldirektor für Gesundheit, Norwegische Gesundheitsbehörde
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Gunn-Elin Bjørneboe Direktorin, Nationalrat für Ernährung und Sport Dr. Ottar Christiansen Referent, Ständige Vertretung von Norwegen bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf Anne-Sofie Trosdahl Oraug Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Dr. Grete Larsen
Direktorin, Norwegische Gesundheitsbehörde
Dr. Per Wium
Chefberater, Norwegische Gesundheitsbehörde

Berater

Dr. Tharald Hetland
Chefberater, Ministerium für Gesundheit und Soziales
Bodil Blaker
Beraterin, Nationalrat für Ernährung und Sport

Österreich*Repräsentanten*

Professor Reinhart Waneck
Staatssekretär für Gesundheit, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
Dr. Gunter Liebeswar
Sektionschef, Sektion Gesundheitswesen, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Stellvertreter

Dr. Hubert Hrabcik
Kabinettschef des Staatssekretärs für Gesundheit,
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
Dr. Verena Gregorich-Schega
Leiterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten,
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Berater

Dr. Franz Pietsch
Sekretär des Staatssekretärs für Gesundheit,
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Polen*Repräsentanten*

Dr. Andrzej Ryś
Stellv. Minister für Gesundheit und Gemeinwohl
Professor Andrzej Pajak
Leiter, Abteilung Klinische Epidemiologie und Bevölkerungsstudien, Institut für öffentliche Gesundheit

Stellvertreter

Barbara Bitner
Direktorin, Abteilung für europäische Integration und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
Dr. Jacek A. Piatkiewicz
Direktor, Wissenschaftszentrum für Eisenbahnmedizin

Portugal*Repräsentanten*

Professor José Luís Castanheira
Generaldirektor für Gesundheit

Dr. João Lavinha
Direktor, Nationalinstitut für Gesundheit Dr. Ricardo Jorge

Stellvertreter

Custodio Brás
Nationalinstitut für medizinische Notfälle
Dr. Maria Teresa Contreiras
Stellv. Generaldirektorin für Gesundheit
Dr. José Lopes Martins
Gesundheitsberater, Ministerium für Gesundheit
Francisco Duarte Lopes
Attaché, Botschaft von Portugal in Kopenhagen

Republik Moldau

Repräsentant

Dr. Ion Bahnarel
Stellv. Gesundheitsminister

Rumänien

Repräsentantinnen

Professor Irinel Popescu
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium
Luminita Popescu
Direktorin, Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Stellvertreterinnen

Dr. Mircea Popa
Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium
Dr. Anca Dumitrescu
Institut für öffentliche Gesundheit

Berater

Teodor Negru
Direktor, Gesundheitsetat, Gesundheitsministerium
Greta Tartler Tabarasi
Botschafterin von Rumänien in Dänemark

Sekretär

Dr. Canel Heredea
Sachverständiger, Gesundheitsministerium

Russische Föderation

Repräsentant

Dr. Yury L. Shevchenko
Gesundheitsminister

Stellvertreter

Dr. Nikolaj N. Fetisov
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Berater

Dr. Sergey M. Furgal
Stellv. Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium

Dr. Viktor K. Riazantsev
Abteilungsleiter, Abteilung Internationale Beziehungen,
Gesundheitsministerium

San Marino

Repräsentanten Dr. Romeo Morri
Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit

Federica Bigi
Legationsrätin der Republik San Marino bei dem Büro der Vereinten Nationen
und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

Stellvertreterinnen Giuseppina Bertozzi
Kordinatorin, Abteilung Gesundheit und soziale Sicherheit

Maria Rosa Maiani
Referentin, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Schweden

Repräsentantinnen Kerstin Wigzell
Generaldirektorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Ann-Christin Filipsson
Stellv. Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Stellvertreter Stefan Karlsson
Abteilungsleiter, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Bosse Pettersson
Chefberater für Gesundheitsförderung, Nationalinstitut für öffentliche
Gesundheit

Dr. Bo Lindblom
Abteilungsleiter, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl

Lennart Bogg
Gesundheitsökonom, Schwedische Behörde für internationale Entwicklung

Kaj Essinger
Berater, Verband der Bezirksräte

Schweiz

Repräsentanten Professor Thomas Zeltner
Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Alice Scherrer
Regierungsrätin, Sanitätsdirektion

Stellvertreter Reto Dürler
Leiter a.i., Internationale Beziehungen, Bundesamt für Gesundheit

Franz Wyss
Zentralsekretär, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz

Slowakische Republik

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Michal Ondrejčák Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium Ivan Surkoš Legationsrat, Botschaft der Slowakischen Republik in Kopenhagen
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Ivan Rovný Direktor, Gesundheitsministerium Zuzana Červená Beraterin, Gesundheitsministerium

Slowenien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Andrej Bručan Gesundheitsminister Andrej Logar Botschafter von Slowenien in Dänemark
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Božidar Voljč Direktor, Bluttransfusionszentrum Robert Krmelj Attaché, Botschaft von Slowenien in Kopenhagen

Spanien

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Antonio Campos-Muñoz Direktor, Gesundheitsinstitut Carlos III Dr. Dolores Flores Cerdán Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Verbraucher- angelegenheiten
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Pedro Garcia-Gonzales Stellv. Generaldirektor, Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesund- heit und Verbraucherangelegenheiten Dr. Isabel de la Mata-Barranco Stellv. Generaldirektorin, Gesundheitsplanung, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
<i>Berater</i>	Dr. Alfonso Rodriguez-Alvarez Abteilungsleiter, Generaldirektion Arzneimittel und Medizinprodukte, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Tadschikistan

<i>Repräsentant</i>	Dr. Alamkhon Akhmedov Gesundheitsminister
---------------------	--

Tschechische Republik

<i>Repräsentanten</i>	Professor Bohumil Fišer Gesundheitsminister Professor Frantisek Kölbel Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Jan Schwippel Abteilung Internationale Organisationen, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Türkei

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Osman Durmuş Gesundheitsminister Dr. Rüstem Zeydan Stellv. Staatssekretär, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Sefer Aycan Generaldirektor, Generaldirektion Primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium Professor Ayşe Akin Abteilung Öffentliche Gesundheit, Medizinische Universität Hacettepe
<i>Berater</i>	Kamuran Özden Direktor a.i., Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium Yasemin Soner Botschaftsrat, Botschaft der Türkei in Kopenhagen
<i>Sekretäre</i>	Dr. Hüseyin Fazil Inan Direktor, Generaldirektion für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium Ali Durmuş Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Turkmenistan

<i>Repräsentant</i>	Dr. Byashim Sopyev Stellv. Minister für Gesundheit und Medizinalindustrie
---------------------	--

Ukraine

<i>Repräsentant</i>	Yuri Pavlov Legationsrat, Botschaft der Ukraine in Kopenhagen
---------------------	--

Ungarn

<i>Repräsentant</i>	Dr. Árpád Gógl Gesundheitsminister
---------------------	---------------------------------------

Stellvertreterinnen Katalin Novák
Direktorin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Koordinierung der europäischen Integration, Gesundheitsministerium

Katalin Sallai
Chefberaterin, Gesundheitsministerium

Berater Dr. Alán Pintér
Direktor, Gesundheitsministerium

Usbekistan

Repräsentanten Professor Feruz Nazirov
Gesundheitsminister
Abdunomon Sidikov
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Repräsentanten Professor Liam Donaldson
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium
Dr. Pat Troop
Stellv. Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Stellvertreter Nick Boyd
Leiter, Unterabteilung Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
Tony Kingham
Referatsleiter, Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Berater Professor Anna Maslin
Direktorin für Pflegewesen, Gesundheitsministerium
Guy Warrington
Legationsrat, Ständige Vertretung des Vereinigten Königreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
Dr. Jeremy S. Metters
Berater, Gesundheitsministerium

Weißrussland (Belarus)

Repräsentanten Dr. Igor Zelenkevich
Gesundheitsminister
Edouard Glazkov
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

II. BEOBACHTER AUS MITGLIEDSTAATEN DER WIRTSCHAFTSKOMMISSION FÜR EUROPA

Kanada

Carla Gilders
Beraterin, Direktion Internationale Angelegenheiten, Health Canada

Vereinigte Staaten von Amerika

Linda Vogel
Attaché für internationale Gesundheitsfragen, Ständige Vertretung der Vereinigten Staaten bei dem
Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

III. BEOBACHTER AUS NICHTMITGLIEDSTAATEN

Heiliger Stuhl

Mgr James Patrick Green, Berater, Apostolische Nuntiatur in Dänemark
Anne Lise Timmermann, Apostolische Nuntiatur in Dänemark

IV. REPRÄSENTANTEN VON ORGANISATIONEN DES VERBANDS DER VEREINTEN NATIONEN UND ANDEREN ORGANISATIONEN

Amt für interne Aufsichtsdienste der Vereinten Nationen (UNOPS)

Lars Klöfver

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO)

Michael Canon

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)

Shahnaz Kianian-Firouzgar

V. REPRÄSENTANTEN VON ANDEREN ZWISCHENSTAATLICHEN ORGANISATIONEN

Europäische Kommission

Dr. Georgios Gouvras
Germain Thinus

Europarat

Dr. Piotr Mierzewski

VI. REPRÄSENTANTEN VON NICHTSTAATLICHEN ORGANISATIONEN, DIE OFFIZIELLE BEZIEHUNGEN ZUR WHO UNTERHALTEN

Consumers International

Maryse Lehnars
Andreas Adelberger

Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering

Odyer Sperandio

International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders

Professor F. Delange

International Lactation Consultant Association

Johanna Thomann

International Society of Surgery

Dr. Henning Overgaard Nielsen

International Special Dietary Foods Industries

Dr. A. Bronner

C. Jonassen

Maricke Lugt

Internationale Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. Kim Toftager-Larsen

Internationale Gesellschaft von Ärzten für den Umweltschutz

Dr. Gaudenz Silberschmidt

Internationale Pharmazeutische Föderation

Hans-Günter Friese

Internationale Union der Ernährungswissenschaften

Dr. Inge Tetens

Internationale Vereinigung der Krebsregister

Dr. Hans H. Storm

Internationale Vereinigung medizinischer Labortechniker

Martha À. Hjálmarsdóttir

Internationale Zahnärztliche Vereinigung

Dr. Birgit Kenrad

Karsten Thuen

Internationaler Ärztinnenbund

Dr. Vibeke Jørgensen

Dr. Annemette Mygh

Internationaler Frauenrat

Pnina Herzog

Internationaler Hebammenverband

Eva Selin

Internationaler Krankenhausverband

Dr. Gunnar Schiøler

Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie

Sissel Brinchmann

Rotary International

Dr. Rudolf Hörndler

Soroptimist International

Johanne M. Sørensen

Weltbund der Gesellschaften für Neurochirurgie

Johan A. Aarli

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger

Jette Søe

Weltfrontkämpferverband

Knud Molgaard

Weltverband für Psychiatrie

Marianne Kastrup

Weltvereinigung für Physikalische Therapeutik

Inger Bronsted

World Association of Girl Guides and Girl Scouts

Estrid Stæhr Hansen

World Heart Federation

Susanne Logstrup

World Organization of Family Doctors

Professor Chris van Weel

VII. BEOBACHTER

Europäische Vereinigung der Allgemeinärzte

Dr. Ole Svendsen

Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO

Dr. Alan Rowe

Europäisches Forum der nationalen Apothekerverbände und des WHO-Regionalbüros für Europa (EuroPharm Forum)

Ida Gustafsen

Hans-Günter Friese

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO

Jette Søe

Internationale Gesellschaft für Biometeorologie

Dr. Richard De Dear

Open Society Institute

Dr. Srdjan Matic

Regionale Kommission zur Bestätigung der Polio-Eradikation

Sir Joseph Smith

Ständiger Ausschuss der europäischen Ärzte

Grethe Aasved

Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region

Professor Jose M. Martin-Moreno

Anhang 4

ANSPRACHE DER WHO-GENERALDIREKTORIN

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Minister,
sehr geehrter Dr. Danzon,
Exzellenzen,
meine Damen und Herren,

es ist mir eine große Freude, bei unserer ersten Tagung im neuen Jahrtausend hier bei Ihnen in Kopenhagen sein zu können, zu einer Zeit, in der große Möglichkeiten und große Herausforderungen vor uns liegen.

Als ich vor zwei Jahren zur WHO kam, sah ich die Notwendigkeit von Erneuerung und Reform. Diese Reform haben wir im Hauptbüro und in der gesamten Organisation durchgeführt. Reformen kann man jedoch nicht einfach aufzwingen, vor allem nicht in einer dezentralisierten Organisation wie der WHO. Deshalb freut es mich auch außerordentlich, dass Dr. Danzon sein Amt mit dem festen Entschluss angetreten hat, dieses Regionalbüro zu modernisieren, seine Arbeit mit den Ländern wirkungsvoller zu gestalten und stärker dem Gedanken der einen WHO anzunähern.

Ich bin überzeugt davon, dass der Wandlungsprozess, den EURO jetzt durchläuft, den Mitgliedstaaten der Europäischen Region nutzen wird. Es freut mich, dass man sich darum bemüht, die globalen Prioritäten der WHO aufzugreifen und den Bedürfnissen und Gegebenheiten dieser Region anzupassen. Besonders gespannt bin ich auf die Diskussion über die künftige Strategie für die Arbeit mit den Ländern.

Herr Präsident,

meist spricht man über Wendepunkte in der Weltgeschichte nur im Rückblick. Ereignisse, die zu einem bestimmten Zeitpunkt wichtig erscheinen mögen, geraten schnell in Vergessenheit. Fortschritte von großer Tragweite mögen dagegen zunächst unauffällig wirken. Erst Jahre später zeichnet sich ein Muster ab und man ist imstande zu sagen, wann genau grundlegende Veränderungen begonnen haben.

Zu Beginn meiner heutigen Rede möchte ich erläutern, warum man dieses Jahr in Bezug auf gesundheitliche Verbesserungen für alle Menschen der Welt als Wendepunkt betrachten könnte.

Ich war schon immer der Überzeugung, dass sich echte gesellschaftliche Veränderungen nur schwer durchsetzen lassen, wenn die Entscheidungsträger die wirtschaftlichen Dimensionen der Probleme, von denen ihre Völker betroffen sind, nicht richtig einzuschätzen wissen. So hat sich beispielsweise das Umweltdenken gewandelt. Die Umwelt war einmal eine Sache für überzeugte und marginalisierte Grüne: Inzwischen beansprucht sie in den Ländern und international die Aufmerksamkeit aller wichtigen gesellschaftlichen Akteure.

Als wir das letzte Mal im Mai bei der Weltgesundheitsversammlung in Genf zusammen waren, gab es bereits einige vielversprechende Anzeichen dafür, dass die Entscheidungsträger der Welt eine neue und wichtige Verkettung erkannten. Sie erkannten, dass Gesundheit ein wesentlicher Faktor der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung ist. Die Verbesserung der Gesundheit ist das entscheidende Werkzeug, um den Teufelskreis der Armut zu durchbrechen.

Ein solches Zeichen war die im März von der niederländischen Regierung ausgerichtete Ministerkonferenz zum Thema Tuberkulose, auf der sich die Regierungen der Länder, die am stärksten von der Tuberkulose betroffen sind, dazu verpflichteten, ihren Kampf gegen die Krankheit zu intensivieren und u. a. den Einsatz der ambulanten Kurzzeitbehandlung DOTS auszuweiten. Hier bot sich Europa und der übrigen

Welt eine ausgezeichnete Gelegenheit für den Austausch von Erfahrungen und gemeinsamen Visionen. Wir sehen Anzeichen dafür, dass die Welt bereit ist zu handeln und ungeduldig darauf wartet, handeln zu können.

Auch in dem weltweiten Kampf gegen HIV/Aids hat Europa eine wichtige Führungsrolle übernommen. Im Juli wurden auf der 13. Internationalen Aids-Konferenz in Durban neue Normen gesetzt: Weltweit sollten alle Menschen, die mit HIV/Aids leben müssen, Zugang zu einer angemessenen Versorgung haben und alle sollten in der Lage sein, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen.

Ebenfalls in Durban kündigte die Europäische Kommission ihre erneute Unterstützung im Kampf gegen HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose an. Noch im selben Monat war ich in Okinawa dabei, als die Staats- und Regierungschefs der G8-Länder mit ihren Kollegen der wichtigsten G77-Länder zusammentrafen, u. a. mit dem Ministerpräsidenten von Thailand.

Anschließend riefen die Staats- und Regierungschefs der G8-Länder dazu auf, in der internationalen Gesundheitssituation einen schrittweisen Wandel herbeizuführen. Sie einigten sich auf konkrete Ziele, die vorsehen, dass sich bis zum Jahr 2010 die Zahl der Menschen, die Malaria, HIV/Aids, Tuberkulose und Kinderkrankheiten zum Opfer fallen, vermindert.

Herr Präsident,

in den Schlagzeilen dominieren zwar immer die Gesundheitsprobleme, doch wir befinden uns auch an der Schwelle wichtiger, für die Europäische Region relevanter Errungenschaften.

Die Bestätigung der Polioeradikation ist für 2003 vorgesehen. Man darf jedoch nicht vergessen, dass einige der noch verbleibenden großen Reservoirs von Poliowildviren direkt südlich und östlich der Europäischen Region zu finden sind, in einem Gebiet, in dem Handel und Beweglichkeit der Menschen ebenso normal wie von alters her verwurzelt sind. Wir müssen bereit sein, die Aufgabe zu Ende zu führen.

Eine konzentrierte Anstrengung zur Verbesserung der nationalen Arzneimittelpolitik war von Erfolg gekrönt und hat dazu geführt, dass eine Reihe von Ländern jetzt neue Arzneimittelgesetze erarbeitet und effektivere Zulassungsbehörden einrichtet. Man konzentrierte sich stärker auf die Zugänglichkeit unentbehrlicher Arzneimittel für die Armen und versuchte sich mit der Rückvergütung von Arzneimittelkosten. In Europa bewirkte diese Arbeit eine bessere Verschreibungspraxis, eine verbesserte Informationslage und den bedarfsgerechteren Einsatz von Arzneimitteln.

Wir arbeiten mit Ihnen an einer erneuten Verpflichtung zur Bekämpfung der Tuberkulose, was angesichts des sogar in den westeuropäischen Ländern beunruhigenden Anstiegs der Inzidenz von multiresistenten Tuberkuloseformen wichtig ist. Wir müssen uns gemeinsam für die Umsetzung der DOTS-Strategie stark machen und diese weltweite Bedrohung überwinden.

Selbst die Malaria stellt in dieser Region nach wie vor ein Problem dar. Die Maßnahmen der vergangenen fünf Jahre haben jedoch einen krassen Rückgang in der Zahl der Fälle bewirkt. Dies hat Europa dazu gebracht, sich für die nächsten fünf Jahre ehrgeizige Ziele zu setzen. Das erste Ziel ist die Halbierung der allgemeinen Malariainzidenz in den epidemischen Ländern. Das zweite sieht die Malariaeradikation in Ländern wie Armenien und Turkmenistan vor. Das dritte wiederum zielt darauf ab, in den Ländern, in denen die Malaria ausgerottet wurde, den malariefreien Zustand zu erhalten. Wir würden auch gern die durch Malaria falciparum bewirkte Mortalität halbiert sehen. Die Länder der Region müssen sich im November 2001 in Baku, Aserbaidschan, erneut darauf verpflichten, im Rahmen unseres Projekts Roll Back Malaria die Malaria zurückzudrängen.

HIV/Aids ist eine globale Pandemie. In der letzten Zeit richtete sich das Augenmerk der Welt auf die Tragödie, die sich in Afrika abspielt, wo die Länder von HIV-Infektionsraten bis zu 30% heimgesucht werden. Dies sollte in Europa allerdings kein Anlass zur Selbstgefälligkeit sein, obwohl wir in den letzten

Jahren in verschiedenen westeuropäischen Ländern eine äußerst positive Gesamtreduzierung der Aids-Fälle und der durch diese Krankheit bedingten Sterbefälle erlebt haben.

Trotz der bemerkenswerten Erfolge in der HIV-Prävention breitet sich das Virus in der Region auch weiterhin aus. Die in den letzten Jahren zu beobachtenden wachsenden wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den Ländern und innerhalb der Länder der Region und die Begrenzungen einiger nationaler HIV/Aids-Programme haben junge Frauen und Männer verstärkt für die HIV-Infektion anfällig gemacht.

Alle Länder der Region sind weiterhin HIV-gefährdet, weshalb wir mit Ihnen nach Wegen suchen werden, um erfolgreiche Bemühungen im großen Maßstab zu wiederholen. Nur dann können wir gemeinsam die Ausbreitung von HIV in der Region wesentlich und dauerhaft beeinflussen.

Doch die Erfindung und zunehmende Verfügbarkeit von neuen HIV-Therapien in den einkommensstarken Ländern haben in der Öffentlichkeit zu der Auffassung geführt, HIV/Aids sei letztlich doch zu handhaben. Während sich die wirtschaftlich wohlhabenden Länder bereits mit den Problemen der zunehmenden Arzneimittelresistenz des HI-Virus auseinandersetzen müssen, kämpfen die Entwicklungsländer noch mit der Tatsache, dass den Menschen generell sogar der Zugang zur Grundbehandlung von opportunistischen Infektionen verwehrt ist.

Im Anschluss an die Weltgesundheitsversammlung im letzten Mai hat die WHO gemeinsam mit UNAIDS und anderen Organisationen der Vereinten Nationen ihren Auftrag verfolgt und im Dialog mit der Pharmaindustrie Fortschritte erzielt. Eine Kontaktgruppe, die in diesem Monat zum ersten Mal tagt, wird Mitgliedstaaten, UN-Organisationen sowie Vertreter der Industrie und von NGOs zusammenbringen. Wir hoffen, dass dieses Treffen nicht nur mit einem fruchtbaren Erfahrungs- und Meinungsaustausch endet, sondern, was weit wichtiger ist, auch dazu führt, dass man sich gegenseitig dazu verpflichtet, in den Ländern, wo dies am dringendsten erforderlich ist, die Programme zur HIV/Aids-Prävention und zur Versorgung von HIV/Aids-Kranken auszuweiten.

Herr Präsident,

zu Beginn dieses Jahres drängten die Mitgliedstaaten die WHO dazu, die Tätigkeit der Organisation auf dem Gebiet der Lebensmittelsicherheit zu intensivieren, da sie das Gefühl hatten, dass diese Thematik in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnt, wenn der weltweite Handel zunimmt und wissenschaftliche Fortschritte uns neue Möglichkeiten und Optionen eröffnen, uns aber auch in neue Dilemmata stürzen.

Dass dieser globale Schritt klug war, wurde durch die Tatsache bewiesen, dass die G8-Länder im Juli bei ihrem letzten Treffen in Okinawa dem Problem der Lebensmittelsicherheit starkes Gewicht beimaßen. Sie unterstrichen insbesondere, dass WHO und FAO eine aktive Rolle übernehmen müssten um sicherzustellen, dass die Lebensmittel, die wir produzieren, mit denen wir handeln und die wir konsumieren, gesundheitlich unbedenklich sind.

Wie in vielen anderen Gesundheitsbereichen gilt auch hier, dass die Industrieländer die Ressourcen und die Technologie haben, um die Lebensmittelsicherheit zu gewährleisten, während die große Mehrheit der zwei Millionen Menschen, die jährlich an lebensmittel- und wasserbedingten Krankheiten sterben, in den Entwicklungsländern zu finden ist. Die meisten Entwicklungsländer haben weder die Technologie noch die Ressourcen oder die Infrastruktur um sicherzustellen, dass die Lebensmittel, die sie produzieren und importieren, nicht gesundheitsgefährdend sind. Das macht die Rolle der internationalen Organisationen besonders wichtig, weshalb die WHO es auch als eine ihrer wichtigsten Prioritäten betrachtet, Informationen breit zugänglich zu machen und die Erkenntnisse darüber, was gesundheitlich unbedenklich und was gesundheitsgefährdend ist, an alle Länder, die dieses Wissen brauchen, weiterzugeben.

Mit der – man könnte sagen ersten Generation – der Biotechnologie kam eine Reihe von verbesserten Produkten auf den Markt. Es heißt, sie hätten den Produzenten mehr Nutzen gebracht als den Verbrauchern.

Die wichtigste Aufgabe in Bezug auf diese Produkte bestand also darin, die Sicherheit der Verbraucher und der Umwelt sicherzustellen.

Inzwischen erleben wir eine neue Generation von biotechnologischen Erzeugnissen. Sie ermöglichen potenziell eine höhere Produktion und könnten auch einen besseren Nährwert bieten. Zugleich stellen uns diese Entdeckungen jedoch hinsichtlich ihrer Sicherheit und ihres Nutzens vor neue und kompliziertere Fragen. Wir haben deshalb die große Aufgabe sicherzustellen, dass alle mit einer Veränderung dieser Produkte verbundenen eventuellen Probleme einer gründlichen Prüfung unterzogen werden.

Zusammen mit der FAO wird die WHO alles in ihrer Macht Stehende tun, um den Entscheidungsträgern die Informationen zu liefern, die sie brauchen, um in solchen Fragen eine sinnvolle Entscheidung treffen zu können. Wir werden dafür sorgen, dass unter der Schirmherrschaft der WHO hochkarätige, unabhängige Wissenschaftler zusammenkommen und ihre Erkenntnisse an die bestehenden zwischenstaatlichen Mechanismen, wie z. B. die Codex-Alimentarius-Kommission, weitergeleitet werden.

Während wir uns auf die Konferenz Rio +10 im Jahr 2002 vorbereiten, fühle ich mich durch die konsequente und effektive Arbeit, die von den europäischen Regierungen und dem WHO-Regionalbüro auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit geleistet wird, ermutigt. Zu den Höhepunkten zählen die starke Betonung der nationalen Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit, die konstruktiven Maßnahmen für Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen im Verkehrsbereich, die Beschäftigung mit den Frühwirkungen klimatischer Veränderungen auf die Gesundheit des Menschen sowie mit der Thematik Gesundheit von Kindern und Umwelt. Vielversprechende Initiativen laufen, um die Öffentlichkeit einzubeziehen, wenn es darum geht, Gesundheitsrisiken zu verstehen.

Herr Präsident,

die verstärkten Anstrengungen zur Bekämpfung der Krankheiten, die das größte Leid verursachen, sollten deutlich zur Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme beitragen.

Sie alle wissen nur zu gut, dass man es beim Management eines Gesundheitssystems mit einem empfindlichen Gleichgewicht zu tun hat: Man muss mit widersprüchlichen Anforderungen fertig werden, die Ressourcen den Bedürfnissen anpassen und versuchen sicherzustellen, dass alle Zugang zu der Versorgung haben, die für ihre Gesundheit unabdingbar ist. Dieser Balanceakt ist vor allem für die Länder schwierig, die pro Jahr und Kopf der Bevölkerung weniger als sagen wir 100 Dollar für die Gesundheit ihrer Bevölkerung ausgeben. Noch schwieriger gestaltet sich dieser Versuch in den Fällen, in denen die Institution Staat durch Konflikte untergraben oder sogar völlig gelähmt ist.

Wir haben auf den Bedarf der Mitgliedstaaten reagiert, bessere Wege zu finden, um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu beurteilen, und zwar im Hinblick auf drei Zielsetzungen: Verbesserung der gesundheitlichen Lage, Aufgeschlossenheit gegenüber den Menschen und Finanzierungsgerechtigkeit. Wie Sie wissen, hat die WHO in diesem Jahr ausgehend von den begrenzten zur Verfügung stehenden Daten im Weltgesundheitsbericht 2000 einen solchen ersten Beurteilungsversuch unternommen.

Der Bericht erwies sich nicht weiter überraschend als kontrovers, löste jedoch im allgemeinen eine gute Debatte aus. Die Diskussion der dem Weltgesundheitsbericht zugrunde liegenden Konzepte und der darin enthaltenen Analysen hat uns allen neue Einblicke vermittelt. Um den weltweiten Dialog über die Frage, wie man am meisten aus den Gesundheitssystemen machen kann, weiterzuführen, werden wir eng mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten, um die bestehenden Datenquellen besser auszunutzen und gegebenenfalls neue Informationen sammeln zu können, damit sich die jährliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen auf die besten wissenschaftlichen Erkenntnisse gründen kann.

Die WHO ist sich bewusst, dass es keine schnellen und einfachen Antworten gibt. Als Reaktion auf zahllose Anfragen wird die WHO eng mit einer Reihe von Mitgliedstaaten in einer Initiative zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zusammenarbeiten, um damit dem neuen WHO-Rahmenkonzept für eine solche Beurteilung auch auf nationaler und teilnationaler Ebene

Anwendungsmöglichkeiten zu eröffnen. Diese Form der Analyse ist eine Hilfe für die Ausarbeitung einer nationalen Politik und erleichtert durch die Zusammenarbeit einen positiven Wandel. In der Europäischen Region beteiligen sich bereits sieben Länder an dieser Initiative.

Herr Präsident,

in vielen Ländern stellen Infektionskrankheiten und nichtübertragbare Krankheiten gleichzeitig das Gesundheitsversorgungssystem vor schwerwiegende Herausforderungen.

Bei den meisten nichtübertragbaren Krankheiten ergibt sich eine Zeitlücke zwischen der Risikoexposition und den sichtbaren Resultaten, doch die Grundsatzentscheidungen darüber, wie wir mit der wachsenden Belastung umgehen wollen, müssen jetzt gefällt werden. Die weltweite Bekämpfung des Tabakkonsums zählt zu den vorrangigsten Bereichen. Außerdem werden wir uns in den nächsten zwölf Monaten dem Thema psychische Gesundheit zuwenden, einem Public-Health-Bereich, der in einigen Ländern vernachlässigt wird.

Im nächsten Jahr geht es beim Weltgesundheitstag am 7. April um die psychische Gesundheit. Kein Land und kein Gemeinwesen ist vor psychischen Störungen gefeit, ihre psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen sind immens. Und doch baut die Gesellschaft Schranken auf, die eine Betreuung und Integration von Menschen mit psychischen Störungen verhindern. Unsere Aufgabe ist doppelt dringlich, weil es keinen Grund zur Untätigkeit, geschweige denn zur Ausgrenzung gibt. Der Weltgesundheitstag, die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2001 und der Weltgesundheitsbericht 2001 werden sich alle mit dem thematischen Schwerpunkt psychische Gesundheit befassen. Wir werden uns auf die Erfahrungen der Länder, vor allem einiger europäischer Staaten, stützen und hoffen dadurch, vielversprechende Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Eine wichtige Rolle kommt Europa auch bei der Bekämpfung des Tabakkonsums zu. Die WHO steht an der Front dieses lebenswichtigen Kampfes für die Gesundheit der Welt. Wir haben allerdings kein Interesse an Tabakkriegen. Wir wollen Lösungen für Tabakprobleme. Im nächsten Monat beginnen die Mitgliedstaaten ihre Verhandlungen über das Rahmenübereinkommen zur Bekämpfung des Tabakkonsums. Zum ersten Mal leitet hier die Public-Health-Gemeinschaft Vertragsverhandlungen. Der so angelaufene Prozess hat bereits eine weltweite Debatte ausgelöst und die Regierungen wie die Tabakunternehmen dazu gezwungen, ihr Handeln aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit zu überdenken. Der Erfolg des Rahmenübereinkommens wird von unserer Fähigkeit abhängen, zwingende Daten mit harten Entscheidungen zu verknüpfen.

Den Verhandlungen gehen in Genf zwei Tage öffentlicher Anhörungen voraus. Wir werden uns die Ansichten aller interessierten Parteien, auch die der Tabakproduzenten und der Tabakindustrie, anhören, während wir uns darauf vorbereiten, globale Regeln für die Bekämpfung des Tabakkonsums aufzustellen. Hier bietet sich allen, die gern etwas zu einem globalen Instrument für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit beitragen möchten, eine gute Gelegenheit.

Herr Präsident,

die WHO hat deutlich festgelegt, welche Rolle ihr in Notsituationen zukommt. Wir sind eine für Koordination und strategische Planung zuständige Organisation, die bei neuen Notsituationen bereits gemachte Erfahrungen einbringen und die kurzfristige Nothilfe mit dem langfristigen Wiederaufbau des Gesundheitssektors verbinden kann. Das haben wir im letzten Jahr mit unserer Arbeit in der Türkei sowie in der laufenden Arbeit im Kosovo und den benachbarten Gebieten bewiesen.

Die Koordination der gesundheitlichen Hilfsmaßnahmen in Notsituationen zwischen dem Hauptbüro, dem Regionalbüro und den WHO-Länderbüros hat sich spürbar verbessert. Diese Koordination muss jedoch noch weiterhin verbessert werden, was auch für die Querverbindungen zwischen der Notfall-Projektplanung und den langfristigen planmäßigen WHO-Aktivitäten in den von Katastrophen heimgesuchten europäischen Ländern gilt.

Die Länderpräsenz der WHO wurde bei vielen Katastropheneinsätzen mit Nothilfemitteln gestärkt. Diese Erfahrungen haben auch bewiesen, dass die Anwesenheit vor Ort sowohl für die Umsetzung von Nothilfprojekten als auch für die Unterstützung der planmäßigen Zusammenarbeit der WHO mit den Ländern überaus wichtig ist.

Herr Präsident,

Wie werden wir angesichts der großen Herausforderungen, denen wir uns alle, Regierungen wie Fachorganisationen, gegenübersehen, reagieren und was können Sie, unsere Mitgliedstaaten, jetzt von der WHO erwarten?

Die WHO hat auch weiterhin eine einzigartige Rolle. Wir arbeiten jederzeit im Interesse unserer Auftraggeber, nämlich für die bestmögliche Gesundheit aller Menschen in unseren 191 Mitgliedstaaten.

Wir versuchen jederzeit sicherzustellen, dass wir uns von den besten zur Verfügung stehenden Fakten leiten lassen, die sich auf die gründliche Auswertung von Erfahrungen und auf die Resultate der einschlägigen Forschung gründen.

Am deutlichsten spiegelt sich der Wandel, den die WHO durchmacht, um ihren Mitgliedstaaten besser dienen zu können, im kommenden Haushalt wider, den Sie im Laufe dieser Woche erörtern werden. Der Programmhaushalt für 2002–2003 ist ein Schlüsselinstrument, mit dem wir den Prozess des Wandels und der Reform in der WHO vorantreiben. Sowohl inhaltlich wie formal weicht er wesentlich von den Vorschlägen früherer Haushaltszeiträume ab.

Im Haushaltsvoranschlag manifestiert sich die neue Organisationsstrategie, die vorzeichnet, wie das Sekretariat der WHO die Herausforderungen der raschen Entwicklung im internationalen Gesundheitsbereich anzugehen gedenkt. Das Programm und das Budget für die einzelnen Arbeitsbereiche wurden in einem die gesamte Organisation umfassenden Prozess gemeinsam von den Mitarbeitern der Regionalbüros und des Hauptbüros erarbeitet.

Für die gesamte Organisation wurden fünfunddreißig Arbeitsbereiche ermittelt, die unsere gemeinsamen Bausteine bilden. In diesem Prozess haben wir deutlich die elf vom Exekutivrat gebilligten Prioritäten herausgearbeitet und diesen vorrangigen Bereichen zusätzliche Mittel zugewiesen.

Das neue Konzept der Haushalts- und Programmplanung ist vor allem für unsere Arbeit in den Ländern von Bedeutung. Wir möchten ein strategisches Herangehen an die Entwicklung der Zusammenarbeit der WHO mit den Ländern erleichtern. Die Festlegung klarer Prioritäten trägt dazu bei sicherzustellen, dass zwischen den Bedürfnissen der Länder und den global vereinbarten Strategien eine bessere Übereinstimmung erzielt wird. Wir werden mit den Ländern auch erörtern, wie wir den Schwerpunkt noch besser auf die Zusammenarbeit mit den Ländern legen können.

Wie Sie wissen, verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung 1998 eine Resolution über die revidierte Zuweisung von Mitteln aus dem ordentlichen Haushalt an die Regionen. Im gegenwärtigen Haushaltszeitraum wurden die Forderungen der Resolution erstmals umgesetzt, was zu einer Mittelaufstockung für die Afrikanische und die Europäische Region und zu Haushaltskürzungen in den übrigen vier Regionen führte.

Die zweite Umsetzung der Resolutionsforderungen im Haushaltszeitraum 2002–2003 gründet sich auf neue Daten. Für EURO ist eine weitere Mittelaufstockung vorgesehen, wenngleich nicht in der gleichen Höhe wie 2000–2001. Ausgehend von gründlichen Erörterungen im globalen Kabinett und im Rahmen der durch die Resolution zugestandenen Flexibilität musste ich erkennen, dass die vier Regionen, die das letzte Mal Mittelkürzungen hinnehmen mussten, in diesem Haushaltszeitraum mit *großen Schwierigkeiten* zu kämpfen hatten, weil sie zusätzlich zu dieser Haushaltskürzung auch noch die relativ hohe Inflation auffangen mussten. Deshalb wird ihre Mittelzuweisung diesmal nur um zwei Prozent und im Laufe der beiden nächsten Haushaltszeiträume insgesamt um fünf Prozent gekürzt.

Ich werde auch weiterhin nach Wegen suchen, um die Herausforderungen, denen sich die Länder der Europäischen Region gegenübersehen, die einen wirtschaftlichen und sozialen Umstellungsprozess durchlaufen, berücksichtigen zu können.

Herr Präsident,

wir erleben, wie sich Vorstellungen wandeln. Die Gesundheit macht Schlagzeilen. Gesundheit ist anerkanntermaßen ein zentrales und notwendiges Element der Bemühungen um die Beseitigung von Armut und die Sicherung von Wirtschaftswachstum und sozialem Fortschritt. Die Geber sind zunehmend bereit, mehr Geld in Maßnahmen zur Bekämpfung von Krankheiten fließen zu lassen. Es wächst die Erkenntnis, dass wir zur Bekämpfung gesundheitlicher Bedrohungen, wie sie beispielsweise vom Tabakkonsum ausgehen, internationale Übereinkommen und die internationale Zusammenarbeit brauchen. Kurz gesagt, die Gesundheit steht mittlerweile im Mittelpunkt der Entwicklungsagenda.

Die ersten zehn Jahre dieses Jahrhunderts können zu dem Jahrzehnt werden, in dem die zwei Milliarden der Ärmsten dieser Welt an der Gesundheitsrevolution teilhaben können.

Doch dieser Prozess ist keineswegs unumkehrbar. Wir müssen weiterhin hart daran arbeiten, uns diesen Schwung zu erhalten. Auch nur der geringste Anflug von Selbstgefälligkeit könnte vergessen machen, dass wir es mit einem dauerhaften Paradigmenwechsel zu tun haben, und aus dem zentralen Stellenwert, den man der Gesundheit für die Entwicklung beimisst, nicht viel mehr als die Modetheorie dieses Jahres werden lassen.

Wir stehen kurz vor echten und wesentlichen gesundheitlichen Verbesserungen für die Ärmsten, doch wir können sie nur dann durchsetzen, wenn wir realistisch einzuschätzen vermögen, was wir alle erreichen können und was wir tun müssen, um den Erfolg zu sichern.

In erster Linie müssen Geber und Stiftungen die Ressourcen aufstocken. Ihr Beitrag sollte nicht an die Stelle von bereits bestehenden finanziellen Verpflichtungen treten, sondern eine zusätzliche Finanzierungsquelle darstellen.

Zweitens wird man unnachgiebig auf verbesserten Resultaten und messbaren Ergebnissen bestehen. Die Finanzierungsquellen werden versiegen, wenn die verstärkten Aktivitäten nicht innerhalb relativ kurzer Zeit nachweislich zu verbesserten Indikatoren geführt haben.

Drittens liegt die Herausforderung letztlich vor allem bei den Ländern selbst, vor allem bei den im Umbruch befindlichen Ländern. Ein neues Schwergewicht auf gesundheitlichen Anliegen wird wachsende Anforderungen an die Finanzierungsmöglichkeiten der Länder, an ihre Fähigkeit zur Aufnahme der angebotenen Hilfe und an ihre Regierungspraxis stellen. Wenn Gesundheit wesentlich und dauerhaft verbessert werden soll, müssen die Menschen und ihre Regierungen immer die wichtigste Triebkraft sein.

Lassen Sie uns diese Gelegenheit gemeinsam wahrnehmen. Lassen Sie uns diese zehn Jahre zu dem Jahrzehnt machen, in dem die Gesundheitsrevolution alle erfasste.

Ich danke Ihnen.

*Anhang 5***ANSPRACHE DES WHO-REGIONALDIREKTORS FÜR EUROPA**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich den Teilnehmern der 50. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa einige Neuerungen vorstellen, die auf Bitte des Ständigen Ausschusses (SCRC) für die diesjährige Tagung des Regionalkomitees eingeführt worden sind:

- Verkürzung der Dauer des Regionalkomitees auf dreieinhalb anstatt vier Tage;
- Akzentlegung auf die wichtigsten Themen: Eradikation der Poliomyelitis, Grundsatzprogramm für Nahrung und Ernährung, Länderstrategie des Regionalbüros und Programmhauhalt;
- erster Versuch, die Dokumente zu kürzen und zu vereinfachen (man bemüht sich, es das nächste Mal noch besser zu machen);
- Bestrebungen, die Sitzungen zu beleben und durch konkrete Beispiele und Stellungnahmen der Mitgliedstaaten, der Partner und externer Persönlichkeiten interaktiv zu gestalten. Das gilt für die Sitzung über Ernährungspolitik. Hier haben wir die FAO, UNICEF und die Europäische Union gebeten, einen Beitrag zu unserer Debatte zu leisten. Das gilt auch für die Erörterung der Länderstrategie, an deren Anfang wir auf Bitte des Ständigen Ausschusses die Resultate der Evaluation des EUROHEALTH-Programms vorstellen werden. Und in Bezug auf die wichtigsten Themen soll es so sein, dass nach der Einführung des Themas durch das Regionalbüro systematisch die diesbezüglichen Ansichten des Ständigen Ausschusses vorgetragen werden.
- Eine weitere Neuerung in diesem Jahr ist eine Informationssitzung nach Abschluss des Regionalkomitees – außerhalb des offiziellen Programms – über das sehr aktuelle Thema Katastrophenvorsorge; diese Sitzung findet am Donnerstag nach Annahme des Berichts statt. Wenn sich diese Initiative als erfolgreich erweist, wollen wir nach diesem Muster jedes Jahr ein neues Thema behandeln. Ich bitte deshalb alle Delegationen, an dieser Sitzung teilzunehmen und uns Ihre Meinung darüber mitzuteilen.

Wir wünschen uns ein lebhaftes, produktives und für die Teilnehmer interessantes Regionalkomitee. Wir hoffen, dass die Delegationen der Mitgliedstaaten mit ihren Stellungnahmen und Wortmeldungen aktiv zum Gelingen beitragen. Wir möchten auch gern Fragen und kritische Anmerkungen hören – aber selbstverständlich auch erfahren, inwieweit wir unterstützt werden.

Für die ersten acht Monate meiner Amtszeit habe ich mir zum Ziel gesetzt, die Region zu beobachten und mich mit dem Regionalbüro und der Organisation vertraut zu machen. Ich habe zahlreiche Länder besucht und ich werde mit dieser Praxis fortfahren. Ich habe mich mehrmals mit den einzelnen Abteilungen und Referaten des Regionalbüros getroffen. Ich möchte Ihnen heute das Resultat dieser aktiven Beobachtung in Form der Herausforderungen und Möglichkeiten, die ich für die Europäische Region sehe, vorstellen – darauf gehe ich im ersten Teil meines Berichts ein, der zweite Teil meines Vortrags befasst sich mit den Herausforderungen und Möglichkeiten, die ich für das Regionalbüro sehe.

Was die gesundheitlichen Belange und Möglichkeiten in der Europäischen Region der WHO angeht, so ist es ein Fakt, dass sich der Gesundheitssektor heute mit zahlreichen komplexen und, zumindest auf kurze Sicht, schwer zu bewältigenden Problemen konfrontiert sieht. Das ist ein Grund mehr, die Chancen, die sich bieten, zu nutzen oder sogar entsprechende Möglichkeiten zu schaffen.

Was die Infektionskrankheiten anbelangt, so glaubte man vor zwanzig Jahren, dieses Problem rasch in den Griff zu bekommen. Heute grassieren sie, neue Krankheiten sind aufgetaucht, andere, längst verschwunden

gegläubte Krankheiten sind zurückgekehrt. Die hauptsächlich dafür verantwortlichen Gründe sind: die demographische Situation, Immigration, Armut, Verschlechterung der Gesundheitsstrukturen, Katastrophen, Klimaänderungen und schlechter Einsatz der Arzneimittel. 1999 hat es in der Region 350 000 neue Fälle von Tuberkulose gegeben. Die Malaria befindet sich in einigen Ländern wieder auf dem Vormarsch und bedroht andere Länder. Die Syphilis breitet sich rasch im Osten des europäischen Kontinents aus. Und natürlich ist Aids nicht zu vergessen. Neben diesen düsteren Aussichten zeichnet sich aber auch eine wichtige Chance ab: die Eradikation der Poliomyelitis. Natürlich unter der Voraussetzung, dass wir unsere Bemühungen auf dem Gebiet der Polioimpfung und Polioüberwachung bis zur Bestätigung der endgültigen Eradikation dieser Krankheit unvermindert fortsetzen. Dieses Thema steht auf der Tagesordnung der diesjährigen Tagung des Regionalkomitees.

Ein weiteres Problem sind die chronischen Krankheiten und ihre Risikofaktoren. Chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen stellen eine immer ernstere Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung und folglich auch schwerwiegende Belastung für die Gesundheitssysteme dar. Die Bekämpfung der Risikofaktoren ist schwierig. Dabei trifft man häufig auf handfeste wirtschaftliche Interessen. Nur durch gemeinsames Engagement der Verfechter von Gesundheitsinteressen und durch tatkräftige politische Entschlossenheit kann die Situation verbessert werden.

Die globale Anti-Tabak-Konvention bietet Möglichkeiten, die nicht versäumt werden dürfen. Die Europäische Region – als Vorläufer bei der Bekämpfung des Tabakkonsums – muss ihr aktives Engagement für den Erfolg dieser Bewegung beibehalten und verstärken. Die für Juni 2001 in Warschau geplante ministerielle Konferenz zum Thema Tabak wird als eine Etappe in diesem Prozess angesehen. Auf europäischer Ebene können der Alkohol-Aktionsplan und die Alkohol-Konferenz von Stockholm im Februar 2001 als wichtige Auslöser gesehen werden, diesen Risikofaktor mit seinen dramatischen Folgen für die Gesundheit ins Bewusstsein zu rücken.

Während der 50. Tagung des Regionalkomitees haben wir hier die Gelegenheit, ein weiteres wichtiges Kapitel für die öffentliche Gesundheit zu öffnen: das Kapitel Ernährungspolitik. Ich hoffe, dass das Regionalkomitee einen Aktionsplan annimmt, der die von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedete Resolution zur Lebensmittelsicherheit ergänzt. Ein solcher Aktionsplan würde es dem Gesundheitssektor ermöglichen, den ihm gebührenden Platz in diesem Bereich einzunehmen, wo Partnerschaften angesichts der vielfältigen Interessen besonders wichtig sind.

Bezüglich der chronischen Krankheiten müssen wir ein weiteres großes Problem nennen: die psychische Gesundheit, mit so dramatischen Erscheinungen wie Suizid, vor allem bei Jugendlichen, sowie einer Zunahme der Depressionen. Es ist an der Zeit, dieses Problem aus allen Winkeln zu beleuchten und sich umfassend und eingehend damit zu befassen. Ergreifen wir also die uns durch die Wahl dieses Themas für den Weltgesundheitstag und für den *Weltgesundheitsbericht* im Jahr 2001 gebotene Gelegenheit, als ersten Schritt das Problembewusstsein über die psychische Gesundheit zu schärfen.

Ferner ist der Problemkomplex Gesundheit bestimmter Risikogruppen ein wichtiges Anliegen. Das gilt allererst für die Gesundheit von Frauen, Müttern und ihren Kindern – hier war in den letzten Jahrzehnten in einigen Teilen der Region zwar eine signifikante Verbesserung zu verzeichnen, doch ist die Situation in den stärker benachteiligten Ländern und unterprivilegierten sozialen Gruppen – selbst in den reichsten Ländern – nach wie vor überaus besorgniserregend. Die Gesundheitssituation von Jugendlichen und älteren Menschen macht die Einrichtung von neuen, auf ihre Bedürfnisse besser zugeschnittenen Diensten erforderlich, wobei es sich als schwierig erweist, die soziale und medizinische Komponente gleichermaßen zu berücksichtigen. Der von der WHO vorgeschlagene neue Ansatz einer ganzheitlichen Sichtweise des Lebenszyklus – von der Geburt bis zum Tod – bietet die Gelegenheit zur Schaffung von synergistischen Querverbindungen zwischen allzu häufig bruchstückhaften Interventionen, denen es an Kontinuität mangelt. Dieser Ansatz fließt in das Konzept der primären Gesundheitsversorgung mit ein.

Die Determinanten von Gesundheit stellen für uns eine weitere Herausforderung dar. Die Umwelt ist zweifelsohne der Bereich, der den Einfluss äußerer Risikofaktoren auf die Gesundheit am besten illustriert. Die Konferenz von London und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen stellen eine exzel-

lente Gelegenheit dar, uns mit dem Thema Umwelt in seiner vollständigen und sektorübergreifenden Dimension zu befassen. Des Weiteren müssen auch die übrigen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Determinanten von Gesundheit berücksichtigt werden. Heute ist man sich der Bedeutung zwar besser bewusst, doch geschieht die Integration dieser Dimension in die gesundheitsbezogenen Maßnahmen eher zögerlich. Der neue Ansatz der „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“, den das Regionalbüro bereits initiiert hat, stellt sicherlich eine Chance für die Zukunft dar. Wir hoffen auch, dass das neue Zentrum betreffend die Determinanten von Gesundheit (in Venedig) die Rolle eines Katalysators spielen wird, um die hehren Absichten in konkrete Maßnahmen umzumünzen.

Unter den übrigen Herausforderungen ist die Reform der Gesundheitssysteme zu nennen. Es muss erreicht werden, dass unsere Gesundheitssysteme:

- für jedermann zugänglich werden, vor allem aber für die Ärmsten;
- ihre Qualität verbessern;
- die Rechte der Patienten respektieren und sich den Bürgern öffnen;
- die ihnen zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und finanziellen Mittel effizient nutzen.

Es handelt sich hier zweifelsohne um die aktuellste und die am weitesten verbreitete Problematik, mit der alle Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich in der Region und wahrscheinlich in der ganzen Welt konfrontiert sind. Es ist jedoch so, dass eine große Herausforderung auch große Möglichkeiten eröffnet.

Die wichtigste Chance ist, aus Erfolgen und Misserfolgen zu lernen, das gilt insbesondere für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems. Hier kann wiederum jeder Nutzen aus den Erfahrungen der anderen ziehen. Die Informationen zu sammeln und unparteiisch zu analysieren und den Zugang dazu erleichtern, vor allem in Form von Fallstudien, so lautet eine der Herausforderungen, denen sich das Regionalbüro heute stellen will. Gewisse Umstände können gleichfalls als Gelegenheit dienen, Reformen des Gesundheitssystems kräftig voranzutreiben. Das ist der Fall beim Prozess der Erweiterung der Europäischen Union und der Neugruppierung bestimmter Länder im Zuge des Stabilitätspakts. Das Regionalbüro – in Partnerschaft mit der internationalen Gemeinschaft – möchte diese Gelegenheit ergreifen, um den betreffenden Ländern zu helfen, die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu verbessern. Nicht zuletzt haben zahlreiche Länder der Region, vor allem die Länder im östlichen Teil, die primäre und hausärztliche Gesundheitsversorgung als Priorität auf ihre gesundheitspolitische Agenda gesetzt. Der Übergang von der öffentlichen Hygiene zur primären Gesundheitsversorgung ist schwierig, aber man ist bereits auf dem besten Weg. Für die internationale Gemeinschaft stellt sich die Aufgabe, diese Bewegung in kohärenter Weise zu unterstützen und dabei die von den Ländern selbst getroffene Wahl zu respektieren.

Ein weiteres wichtiges Problem: die Krisen für das öffentliche Gesundheitswesen. Sie haben sich in den letzten Jahrzehnten in der Region gehäuft: Epidemien, verseuchtes Blut, Vergiftungen, Lebensmittelinfektionen, Naturkatastrophen und so weiter und so fort. Die Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich sind vor die Aufgabe gestellt, Monitoringsysteme und Instrumente zur raschen Reaktion in solchen Notsituationen zu schaffen. Für die WHO lautet die Herausforderung, sich zu vergewissern, dass die Mitgliedsstaaten unverzüglich wissenschaftlich erhärtete Informationen über die betreffenden Bereiche erhalten.

Von maßgeblicher Bedeutung ist auch der technologische Bereich. Sind die Gesundheitssysteme in der Lage, die Spitzentechnologien rationell zu nutzen, insbesondere um primäre Gesundheitsversorgung für jeden Bürger sicherzustellen? Hier denke ich speziell an Entwicklungen wie die Telemedizin. Werden die modernsten Kommunikationsmittel genutzt, um das Informationsmanagement zu verbessern und um mit einschlägigen Experten wie auch mit der breiten Öffentlichkeit besser zu kommunizieren, insbesondere in Krisenzeiten? Wie lösen sie das Problem der unkontrollierten Nutzung des Internets zur Einflussnahme durch Kräfte, die Interessen verfolgen, die die Gesundheit der Verbraucher gefährden? Alle diese grundsätzlichen Fragen müssen rasch aufgegriffen werden, damit der technische Fortschritt auch wirklich der Gesundheit zugute kommen kann.

Was sind nun die Aufgaben und Möglichkeiten für das Europäische Büro der WHO? Seit dem letzten Regionalkomitee haben die Fachprogramme und Referate des Regionalbüros ihre Arbeit weitergeführt. Ich kann hier nicht sämtliche Tätigkeiten aufzählen, die in dem Dokument mit dem Tätigkeitsbericht des Regionaldirektors beschrieben sind. Seit meiner Amtsübernahme im Februar habe ich eine wichtige Reform in Bezug auf die Ausrichtung, Struktur und Interventionsweise des Regionalbüros eingeleitet. Diese Arbeit wird neben den früheren Verpflichtungen durchgeführt. Ich möchte nun diese Gelegenheit nutzen, um – in Anwesenheit der Delegierten aus allen Mitgliedstaaten – dem gesamten Personal für seine Mitwirkung und Fachkompetenz zu danken.

Die Hauptaufgabe, vor der sich das Regionalbüro jetzt gestellt sieht, ist die nötige Anpassung seiner Dienste an die Erfordernisse in den Mitgliedstaaten der Region, entsprechend den Gesundheitsbedürfnissen ihrer Einwohner. Diese Anpassung ist das oberste Ziel der gegenwärtigen Reform. Sie muss auf jeden Fall nachhaltig sein, da sich die Situation in den Ländern rasch weiterentwickelt. In der derzeitigen Phase besteht die Reform aus einer Standortbestimmung und Situationsanalyse bezüglich: der Zusammenarbeit mit jedem einzelnen Land; sämtlicher Fachprogramme und der grundsätzlichen Funktionen des Regionalbüros.

Was die Zusammenarbeit mit den Ländern angeht, überprüfen wir gegenwärtig die Informationen, die in unseren internen Datenbanken vorliegen, und schalten dabei auch die WHO-Länderbüros, in den Ländern, in denen es solche Verbindungsstellen gibt, ein. Wir analysieren ebenfalls die Prioritäten unserer Zusammenarbeit mit jedem einzelnen Land. Diese vorerst interne Arbeit erfolgt vor den Diskussionen, die wir später mit den Mitgliedstaaten führen werden, um die Zielvorgaben und Prioritäten für unsere Zusammenarbeit mit jedem einzelnen Land festzulegen. Wir werden Gelegenheit haben, diesen Punkt im Verlauf der Tagung des Regionalkomitees bei Erörterung der Länderstrategie des Büros weiter zu eruiieren.

Die Prüfung der Fachprogramme, die wir gegenwärtig durchführen, hat zum Ziel, festzustellen inwieweit sie funktionieren und sie ggf. den Erfordernissen der Länder anzupassen. Die Prüfung erstreckt sich zunächst auf die wissenschaftlichen Grundlagen, auf denen die Programme beruhen. Diese Frage der wissenschaftlich erhärteten Fakten erscheint uns von grundlegender Bedeutung, um die Qualität unserer Interventionen sicherzustellen. Sie erscheint uns auch als unverzichtbare Voraussetzung, um der öffentlichen Gesundheit mehr Glaubwürdigkeit zu verleihen.

Des Weiteren überprüfen wir für jeden einzelnen Fachbereich die am besten geeigneten Interventionsstrategien, die Qualität unserer Expertennetze und Kooperationszentren sowie die von unseren Partnern durchgeführten Vorhaben. Die Prüfung der grundlegenden Funktionen des Regionalbüros hat eine Verbesserung der Kohärenz in folgenden Bereichen zum Ziel: Partnerschaften mit anderen Organisationen und Ressourcenmobilisierung, Informations-Management, Kommunikationspolitik und natürlich Dienste für die Länder. Für jede dieser transversalen Funktionen sehen wir geeignete Verfahren zur Integration und Harmonisierung vor. Diese Prüfung und Anpassung der Programme ermöglicht die Entwicklung der für das Regionalbüro vorgesehenen vier strategischen Ausrichtungen:

- Betrachtung der Gesamtheit der Länder in ihrer Unterschiedlichkeit;
- Ausbau der internationalen Partnerschaften für die Gesundheit;
- Einbindung in die globale Strategie der WHO für die Länder;
- Einbringung der Erfahrungen des Europäischen Regionalbüros.

Der neue Organisationsplan reflektiert die neuen Orientierungen und Prioritäten – nicht nur des Regionalbüros, sondern gleichermaßen auch der Organisation insgesamt. Der Organisationsplan basiert auf den vom Regionalbüro wahrzunehmenden Aufgaben, also nicht mehr auf den unterschiedlichen Bereichen der öffentlichen Gesundheit. Es wurde eine Gliederung in vier Abteilungen vorgenommen:

- Die erste Abteilung (Partnerschaften für die gesundheitliche Entwicklung in den Ländern) ist für die Zusammenarbeit mit den Ländern, für die Gesundheitspolitik und für die Gesundheitssysteme zuständig.

- Die zweite Abteilung (Fachliche Unterstützung und strategische Entwicklung) umfasst sämtliche Fachprogramme.
- Die dritte Abteilung (Information, Evidenz und Kommunikation) ist für den Bereich Information und Kommunikation zuständig.
- Die vierte Abteilung (Betriebstechnische Unterstützung) ist für die Bereiche Verwaltung, Haushalt und Finanzen verantwortlich.

Die neuen Aufgabenbereiche nach diesem Organisationsplan werden so bald wie möglich schrittweise eingeführt, und zwar:

- Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen;
- Determinanten von Gesundheit;
- Gesundheitsverträglichkeitsprüfung;
- Wissenschaftliche Basis der Public-Health-Maßnahmen;
- Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter des Regionalbüros.

Zu einem späteren Zeitpunkt kommen noch die Bereiche Gesundheit älterer Personen, Unfallverhütung und erweiterte Krankheitsüberwachung hinzu.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass der gegenwärtige Reformprozess Ende des Jahres 2000 abgeschlossen wird und die Umsetzung in die Praxis wird sich ab Anfang 2001 vollziehen. Diese Reform sollte als Anpassung an die derzeitigen Realitäten gesehen werden und keineswegs als Infragestellung der Vergangenheit. Sie hat ihren Platz in der Kontinuität der „Gesundheit für alle“, die Dr. Asvall so hervorragend gefördert hat.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle auch auf die bevorstehende Konferenz über GESUNDHEIT21 hinzuweisen, die im nächsten Monat in Istanbul stattfindet.

Ich möchte Ihnen noch ein fruchtbares und interessantes Regionalkomitee wünschen. Egoistisch gesehen ist mir bewusst, dass ein für Sie gutes Regionalkomitee de facto auch für uns gut ist.