



WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA  
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA  
*Einundfünfzigste Tagung, Madrid, 10.–13. September 2001*

---

EUR/RC51/REC/1  
10. Oktober 2001  
10497M  
ORIGINAL: ENGLISCH

# BERICHT ÜBER DIE EINUNDFÜNFZIGSTE TAGUNG

## **Schlüsselwörter**

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
BUDGETS  
INTERNATIONAL COOPERATION  
INTERPROFESSIONAL RELATIONS  
ALCOHOLISM – prevention and control  
POVERTY  
HEALTH SERVICES  
INFORMATION MANAGEMENT  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
EUROPE

## INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung.....	1
Eröffnung der Tagung.....	1
Wahl der Tagungsleitung.....	1
Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms .....	1
Ansprache der Generaldirektorin .....	1
Ansprache des Regionaldirektors.....	3
Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben .....	5
Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	7
Partnerschaften für die Gesundheit .....	9
Grundsatzfragen .....	13
Informations- und Wissensmanagement: Der Europäische Gesundheitsbericht .....	13
Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO .....	15
Der Programmhaushalt für 2002–2003 und Aussprache mit europäischen Mitgliedstaaten über das Haushaltsverfahren für 2004–2005 .....	18
Europäischer Alkohol-Aktionsplan – nach der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol .....	20
Wahl und Nominierungen .....	21
Exekutivrat .....	21
Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees .....	21
Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten .....	21
Sonstige Angelegenheiten.....	21
Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2002 und 2003 .....	21
Sonstiges.....	22
Resolutionen .....	23
EUR/RC51/R1    Änderungen zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees.....	23
EUR/RC51/R2    Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2002 und 2003 .....	23
EUR/RC51/R3    Der Europäische Gesundheitsbericht – Informations- und Wissensmanagement .....	23
EUR/RC51/R4    Sachstandsbericht zum Europäischen Aktionsplan Alkohol, einschließlich Follow-up zur ministeriellen WHO-Konferenz Jugend und Alkohol .....	24
EUR/RC51/R5    Die Erklärung von Athen: Psychische Gesundheit, durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung .....	25
EUR/RC51/R6    Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO .....	28
EUR/RC51/R7    Gesundheit und nachhaltige Entwicklung Weltgipfel über nachhaltige Entwicklung .....	28
EUR/RC51/R8    Bericht des achten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees .....	29
EUR/RC51/R9    Koordination der Arbeit mit dem Europarat auf dem Gebiet der Gesundheit.....	30

Anhang 1: Tagesordnung .....	32
Anhang 2: Liste der Dokumente .....	34
Anhang 3: Liste der Repräsentanten und anderen Teilnehmer .....	35
Anhang 4: Ansprache der Generaldirektorin der WHO.....	52
Anhang 5: Ansprache des WHO-Regionaldirektors für Europa .....	59

## **EINLEITUNG**

### **Eröffnung der Tagung**

Die 51. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa fand vom 10. bis 13. September 2001 im Palacio Municipal de Congressos von Madrid (Spanien) statt. Delegierte aus 48 Ländern der Region nahmen daran teil. Außerdem waren Beobachter aus einem Nicht-Mitgliedstaat und aus einem Mitgliedstaat der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa sowie Vertreter des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen, der Weltbank, des Europarats, der Europäischen Kommission und von nichtstaatlichen Organisationen anwesend.

Die Eröffnungsfeier fand am Montag, dem 10. September im Palacio Municipal de Congressos statt. Nach der Begrüßung durch den WHO-Regionaldirektor für Europa sprachen die spanische Ministerin für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten, Celia Villalobos Talero, und der Bürgermeister von Madrid, José María Álvarez.

Die Sitzung wurde von Dr. Jeremy Metters, dem ausscheidenden Exekutivpräsidenten, eröffnet.

### **Wahl der Tagungsleitung**

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

Celia Villalobos Talero (Spanien)	Präsidentin
Professor Ayşe Akin (Türkei)	Exekutivpräsidentin
Dr. James Kiely (Irland)	Stellvertretender Exekutivpräsident
Katrin Saluvere (Estland)	Berichterstatterin

### **Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms**

*(EUR/RC51/2 Rev.2 und EUR/RC51/Conf.Doc./1)*

Das Regionalkomitee nahm die Tagesordnung und das Arbeitsprogramm an.

## **ANSPRACHE DER GENERALDIREKTORIN**

In ihrer Ansprache an das Regionalkomitee sagte die Generaldirektorin am Mittwoch, dem 12. September, als Erstes, sie wisse, dass alle Anwesenden über die Ereignisse des Vortages in den Vereinigten Staaten schockiert seien und tiefe Trauer über den tragischen Verlust an Leben und das verursachte Leid empfänden. Unter diesen Umständen sei es nur umso wichtiger, auch weiterhin ausgehend von den Prinzipien und Wertvorstellungen, an denen sich die Bemühungen um die Gesundheit der Welt orientierten, zusammenzuarbeiten.

In ihrer Ansprache an das Regionalkomitees schnitt sie zunächst die doppelte Herausforderung von defizitärer Gesundheit und Armut an. Die Kluft zwischen den Wohlhabenden und den Habenichtsen offenbare sich nirgendwo so quälend deutlich wie in der Europäischen Region. Die Herausforderung für die Länder bestehe darin, diese Kluft zu überbrücken, eine Aufgabe, bei deren Bewältigung ihnen die Organisation nach besten Kräften helfen werde. Ohne ausreichende Investitionen seien allerdings nur geringe Fortschritte zu erzielen, weshalb es ermutigend sei zu sehen, dass die Länder allmählich mehr in die Gesundheit investierten. Gebraucht würden neue Ressourcen von enormen Ausmaßen, was bedeute, dass die vorhandenen Mittel möglichst wirksam und koordiniert eingesetzt werden müssten. Der Globale Aids- und Gesundheitsfonds werde diesen Bemühungen als wichtiger Impuls dienen. Auch die Gesundheitssystemreform habe nur geringe Aussichten auf Erfolg, wenn die Menschen nicht auf allen Ebenen in gesundheitliche Maßnahmen einbezogen würden.

Die führenden Politiker der Welt hätten ihr Augenmerk auf die verheerenden Auswirkungen der HIV-Infektion gerichtet, und die auf Prävention ausgerichteten Anstrengungen müssten verstärkt werden. Eng mit HIV/Aids verknüpft sei die sich ausweitende Tuberkuloseepidemie in der Region, obwohl man inzwischen bei dem Versuch, alle, die Hilfe brauchten, mit einer bezahlbaren und wirksamen Therapie zu versorgen, auch Fortschritte mache. Die Erklärung von Athen zeige indessen, dass man in dieser Hinsicht noch einen weiten Weg gehen müsse. Die Organisation habe bei der Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit die Führung übernommen und arbeite jetzt mit der Organisation insgesamt daran, die Problematik psychische Gesundheit und Gehirnleistungsstörungen, das Thema des kommenden Weltgesundheitsberichts, anzugehen. Die Region habe auch führend nachgewiesen, dass der Alkohol potenziell das Leben junger Menschen zerstören könne. Der Tabak bilde für die Gesundheit in der Region ebenfalls weiterhin eine ungeheure Bedrohung, und dem Bereich der Lebensmittelsicherheit müsse man ständige Aufmerksamkeit widmen.

Ein Großteil der zur Zeit in der industrialisierten Welt laufenden biomedizinischen Forschung orientiere sich in erster Linie an den Erfordernissen des Marktes, eine Situation, die ethisch nicht akzeptabel sei. Die WHO schlage deshalb vor, eine globale Initiative ins Leben zu rufen, bei der es schwerpunktmäßig um die Themen Ethik im Gesundheitsbereich, in der Gesundheitsforschung und in der Biotechnologie gehen solle. Die Organisation sei auch entschlossen, die Einsatzkapazität von WHO-Teams in den Ländern zu verbessern. Nicht zuletzt werde der Briefwechsel mit der Europäischen Union die Anknüpfung einer breiten und systematischen Zusammenarbeit in Bezug auf eine Vielzahl gesundheitlicher Anliegen erlauben.

Viele Delegierte dankten der Generaldirektorin für ihre klaren und umfassenden Ausführungen. Einige unterstrichen auch, dass die Auswirkungen der neuen Arbeitsformen in den Ländern allmählich spürbar würden und die Beziehung zwischen der Organisation und ihren Mitgliedstaaten folglich stärker sei.

Als Erwiderung auf Interventionen aus dem Plenum sagte die Generaldirektorin, die Finanzierung aus außerordentlichen Mitteln habe in den letzten drei Jahren stark zugenommen. Dies sei ein Glücksfall gewesen, da sich der Ordentliche Haushalt mittlerweile auf einem Niveau unterhalb des nominellen Nullwachstums befinde. Bei der Umsetzung ihrer Unternehmensstrategie werde die WHO selbstverständlich mit anderen Gesundheitsinitiativen um Finanzmittel konkurrieren müssen. Ressourcen seien erforderlich, damit die WHO ihrer Mediatorenfunktion gerecht werden könne, würden aber auch für globale Gesundheitsprogramme gebraucht. Sie sei überzeugt, dass aufgrund der Strategie sogar noch mehr außerordentliche Ressourcen an die WHO gehen würden.

Das Thema Ethik sei schon immer ein Element aller Gesundheitsdebatten gewesen, die rechtlichen und anderen Aspekte seien jetzt allerdings komplexer geworden. Deshalb habe man im Hauptbüro ein kleines Referat eingerichtet, dessen Mandat die Beratung in ethischen Fragen sei. Da es sich bei dem Thema Ethik jedoch um eine alle Bereiche durchziehende Problematik handele, habe man beschlossen, das Referat im Sekretariat der Generaldirektorin anzusiedeln. Es könne zwar noch etwa sechs Monate dauern, bis das Referat seine Arbeit vollumfänglich aufnehmen könne, es könne in der Zwischenzeit jedoch als Informations-Clearingstelle für die Mitgliedstaaten fungieren. Das Angebot von Delegationen, die umfassenden Erfahrungen, die man in ihren Ländern auf dem Gebiet der Bioethik gesammelt habe, an andere weiterzugeben, wurde wärmstens begrüßt.

Gesundheitsminister und Gesundheitsbeamte widmeten Fragen der Lebensmittelsicherheit inzwischen größere Aufmerksamkeit und stünden eindeutig vor großen Herausforderungen. Man habe es in Ländern mit starker landwirtschaftlicher Grundlage zweifellos mit einem Problem zu tun, doch die Regierungen müssten begreifen, dass es sich bei der Lebensmittelsicherheit nicht um ein Problem der Landwirtschaft, sondern um ein gesundheitliches Anliegen handele. Der diesbezügliche Trend weise jedoch in die richtige Richtung.

Einige Delegierte wiesen darauf hin, dass die Europäische Region nicht mehr (wie noch vor etwa zehn Jahren) aus 33 weitgehend industrialisierten Ländern bestehe, sondern 51 Länder umfasse, von denen mehrere als Entwicklungsländer oder als weniger entwickelt eingestuft seien, und doch spiegele der Ordentliche Haushalt diese Wirklichkeit nicht wider. Obwohl die Region fast die Hälfte zum globalen

Haushalt beisteuere, erhalte sie selbst nur etwa 7% vom Gesamthaushalt. Die Bitte sei deshalb, diesen Anteil durch ein Ausschöpfen der Möglichkeiten der Resolution WHA51.31 angemessen zu erhöhen. Die Generaldirektorin erwiderte, dass sie bei ihrem Amtsantritt eine Formel für den interregionalen Mitteltransfer „geerbt“ habe, die weitgehend durch die soziopolitischen Veränderungen in Europa motiviert gewesen sei. Es sei schwierig gewesen, eine neue Formel zu finden, die für den Exekutivrat und die Weltgesundheitsversammlung annehmbar wäre, weshalb auch die Änderung der Prinzipien in jedem Fall schwierig sein würde. Sie schlage vor, eher eine fairere Verteilung von außerordentlichen als von ordentlichen Haushaltsmitteln zu versuchen, was unter Umständen eine tragfähigere Option sei.

Die Generaldirektorin bekräftigte, dass die Beiträge der Mitgliedstaaten zu der kürzlich zum Thema Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in Kopenhagen abgehaltenen regionalen Konsultationsrunde bei der Überprüfung der Methodik für den Weltgesundheitsbericht strikte Berücksichtigung finden würden und dass sie sich persönlich an der Erarbeitung des Berichts an den Exekutivrat im Januar 2002 beteiligen werde. Außerdem werde die Methodik einer Überprüfung durch Expertenkollegen unterzogen und man werde sich auch Rat aus anderen Quellen holen, bevor der Exekutivrat seinen endgültigen Beschluss fassen werde. Sie bekräftigte auch, dass die Organisation an ihrem Beitrag zu dem für 2002 in Johannesburg angesetzten Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung arbeite und man zudem die Zusammensetzung eines WHO-Beratungsausschusses für Alkoholpolitik endgültig geklärt habe.

### **ANSPRACHE DES REGIONALDIREKTORS**

In seiner Rede vor dem Regionalkomitee umriss der Regionaldirektor verschiedene – vielfach positive – Ereignisse in der gesamten Region seit dem letzten Jahr und machte auf prioritäre Bereiche aufmerksam, auf die das Regionalbüro seine Bemühungen konzentriert habe, u. a. psychische Gesundheit, Alkohol und Jugend, abgereichertes Uranium und der Stabilitätspakt. Die Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Aktionsplan Ernährung sowie die Anschlussmaßnahmen an die Europakonferenz von 1999 über Umwelt und Gesundheit seien fortgeführt worden. Hinsichtlich der Eradikation bestimmter übertragbarer Krankheiten habe man Fortschritte erzielt, doch bleibe noch viel zu tun. Tuberkulose und Aids gäben weiterhin Anlass zur Sorge im östlichen wie auch in westlichen Teilen der Region. Im Einklang mit seiner neuen Länderstrategie bemühe sich das Regionalbüro jetzt um eine engere Zusammenarbeitsweise mit den Mitgliedstaaten. Außerdem sei der neue Geist der Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Europäischen Kommission, dem Europarat und der Weltbank, wie auch mit dem WHO-Hauptbüro vielversprechend. Zwei neue WHO-Zentren seien etabliert worden, und zwar ein Zentrum in Bonn (für Umwelt und Gesundheit) und ein Zentrum in Venedig (für Investition für Gesundheit).

Am Regionalbüro habe man neue Arbeitsmethoden eingeführt. Jetzt werde größeres Gewicht auf die Einbeziehung der Mitarbeiter in den Prozess der Entscheidungsfindung gelegt, ferner auf Initiativen wie beispielsweise „Qualitätskreise“. Zur Bewältigung der künftigen großen Aufgaben werde die Arbeit der WHO nach Möglichkeit auf der Grundlage der besten vorliegenden Fakten (evidenzbasiert) erfolgen und jegliche Bemühungen würden unternommen, um den Mitgliedstaaten relevante Informationen zu liefern, um ihnen helfen, die bestmöglichen Grundsatzentscheidungen zu treffen.

In Bezug auf Fachbereiche gehöre die Anti-Tabak-Rahmenkonvention eindeutig zu den Herausforderungen von allergrößter Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in den nächsten zwei Jahren. Die Ressourcen des Regionalbüros entsprächen jedoch nicht immer den Erfordernissen und Ansprüchen der Mitgliedstaaten und der Regionaldirektor unterstrich, dass der regionale Haushalt demgemäss erhöht werden müsse.

In der anschließenden Diskussion brachten die Delegierten ihre Auffassung zum Ausdruck, dass sich das Regionalbüro in die richtige Richtung bewege, entsprechend den gesundheitlichen Erfordernissen der heutigen Gesellschaft. Mehrere Delegationen begrüßten den Beschluss des Regionaldirektors, einen stärkeren Akzent auf Informationen für den Entscheidungsprozess in Ländern zu legen.

Die fachliche Unterstützung, die die WHO den Ländern biete, wurde ebenfalls gelobt, allerdings bemerkten auch viele Delegierte, dass dies noch nicht genüge. Mehrere Delegierte baten dringend um stärkere

Unterstützung der Länder, die sich im wirtschaftlichen Umbruch befänden. In vielen Interventionen kam die Auffassung zum Ausdruck, dass die Verwirklichung der WHO-Konzepte davon abhängen, welche Rolle das Regionalbüro auf Länderebene spiele. Angesichts der begrenzten Ressourcen des Regionalbüros forderten sie, dass in Einklang mit Resolution WHA51.31 nunmehr dringend und im vollen Umfang eine Umverteilung der Haushaltsmittel auf die Regionen vorgenommen werden müsse.

Es gab breite Unterstützung für die fortgesetzten Bemühungen des Regionalbüros um Verbesserung seiner Zusammenarbeit mit dem Europarat, der Europäischen Kommission und der Weltbank. Allerdings wurde auch die Meinung geäußert, dass das Regionalbüro unbedingt gezielter vorgehen und mehr Profil als Experte in Gesundheitsfragen gewinnen müsse. Mehrere Delegierte baten den Regionaldirektor um Informationen über die Vereinbarungen mit den 23 Ländern in Mittel- und Osteuropa, über die Ergebnisse der Londoner Konferenz und über den Briefwechsel zwischen der WHO und dem Europarat. Ein Delegierter stellte den wichtigen Beitrag heraus, den die Kooperationszentren zur Arbeit der WHO leisteten, während mehrere Delegierte aus den neuen unabhängigen Staaten (NUS) das Regionalbüro dringend ersuchten, eine Rolle als Koordinator in Gesundheitsfragen mit internationalen Organisationen auf Länderebene zu übernehmen. Der Delegierte der Ukraine brachte auch im Namen anderer betroffener Länder Besorgnis darüber zum Ausdruck, dass das Regionalbüro nach der Katastrophe von Tschernobyl nicht genügend Ressourcen in diese Länder investiert habe.

Große Unterstützung fanden die Stockholmer Konferenz Jugend und Alkohol und die im Juni in Athen zum Thema psychische Gesundheit abgehaltene Tagung. Die südosteuropäischen Länder hätten die Erklärung von Athen bei ihrer kürzlich in Dubrovnik veranstalteten Konferenz gebilligt. Die Mitgliedstaaten wurden eindringlich gebeten, einen Resolutionsentwurf anzunehmen, der ihnen im Laufe der Tagung unterbreitet werden würde. Der Vorschlag, die Vierte ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit im Jahr 2004 in Budapest abzuhalten, wurde ebenfalls begrüßt, da man damit sicherstelle, dass die von der Londoner Konferenz bewirkten Impulse erhalten blieben und die Unterzeichnung des Wasserprotokolls nicht vergeblich gewesen sei.

Viele Delegierte begrüßten es, dass man die Aufmerksamkeit auf das Thema Armut gerichtet habe; sie seien der Meinung, dass es für das Regionalbüro auf viele Jahre hinaus relevant sein werde, da es alle 51 Länder der Region angehe. Folglich schlage man der WHO vor, sich bei einer konkreten, auf die Armutsbekämpfung ausgerichteten Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen stärker zu profilieren.

Weitere Themen, die von den Delegationen für wert befunden wurden, in das Arbeitsprogramm der WHO und die Tagesordnung künftiger Tagungen des Regionalkomitees aufgenommen zu werden, waren die Globalisierung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit, Bildung als soziale Determinante von Gesundheit sowie Bioethik. Die zunehmende Inzidenz von HIV/Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten wurde ebenfalls als besorgniserregender Trend gesehen, den die WHO auf europäischer Ebene ernst nehmen müsse. Außerdem wurde das Regionalbüro eindringlich gebeten, eine Lösung für das Problem zu finden, dass die Arbeit im Bereich Gesundheit alter Menschen nicht in den globalen Haushalt aufgenommen worden sei, obwohl für die Region ein steiler Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe prognostiziert sei. Abschließend äußerte sich eine Delegation enttäuscht darüber, dass man in Malta – wie von der Londoner Konferenz 1999 befürwortet – kein Zentrum für Umwelt, Gesundheit und Tourismus eingerichtet habe, und bat darum, die Angelegenheit als dringlich zu behandeln.

In seiner Antwort dankte der Regionaldirektor den Delegierten für die positive Reaktion auf die von ihm dargelegte Arbeit des Regionalbüros. Auf den Aktionsplan Ernährung habe er sich aus zeitlichen Gründen nur kurz bezogen, was aber in keiner Weise heiße, dass sich das Regionalbüro nicht für den Aktionsplan einsetze und sich der Arbeit in der Task Force nicht verpflichtet fühle. Ein vollständigerer Bericht zu diesem Thema werde dem Regionalkomitee auf dessen 52. Tagung vorgelegt.

Er bekräftigte, dass sich die WHO zunehmend für die sozialen Determinanten von Gesundheit interessiere und das neue WHO-Büro in Venedig bei dieser Arbeit voraussichtlich eine wichtige Rolle spielen werde.



Fallstudien aus den verschiedenen Mitgliedstaaten sollten zeigen, wie sie diese Probleme angingen, und seien ein wichtiger erster Schritt.

Er nahm zur Kenntnis, dass sich mehrere Delegierte besorgt darüber gezeigt hätten, dass mehrere der wichtigsten Themenbereiche aus dem WHO-Arbeitsprogramm herausgenommen worden seien. Es sei wichtig, in einem offenen Dialog zwischen dem Regionalkomitee, dessen Ständigem Ausschuss und dem Regionalbüro zu erörtern, welche Rolle die WHO gegenüber anderen internationalen Organisationen in Bereichen wie Bioethik und Globalisierung spielen sollte. Aids sei ein solcher besonders wichtiger Fall, und das Regionalbüro sei dringend gefordert, um die gesamte Region vor den sich verschlechternden Trends zu warnen. Man habe vor kurzem einen Regionalbeauftragten eingestellt, der diese Arbeit leiten werde.

Zur Frage der Einrichtung eines Zentrums für Umwelt, Gesundheit und Tourismus wies er darauf hin, dass man eine Untersuchung über die Funktion von WHO-Zentren in Auftrag gegeben habe und der SCRC gegen Ende des Jahres einen diesbezüglichen Bericht erörtern werde. Es stehe zu hoffen, dass das Regionalbüro danach in der Lage sein werde, hinsichtlich der Nutzung von Zentren außerhalb von Kopenhagen eine kohärentere Strategie zu entwickeln.

Abschließend brachte der Regionaldirektor die Hoffnung zum Ausdruck, dass das Regionalkomitee dem Regionalbüro helfen werde, mit seiner Arbeit auf dem richtigen Kurs zu bleiben.

Im Anschluss an die Aussprache erläuterte der Exekutivdirektor vom Sekretariat der WHO-Generaldirektorin den neuen Globalen Fonds für Aids und Gesundheit und merkte an, dass in den vergangenen beiden Jahren die Unterstützung für einen neuen Mechanismus zur Finanzierung der Bekämpfung von HIV-Infektion, Malaria und Tuberkulose gewachsen sei. Bisher habe man sich über zahlreiche Elemente des Fonds geeinigt, man habe für die Übergangsphase eine spezielle Arbeitsgruppe eingesetzt (an der sich 35 Regierungen und Organisationen beteiligten), man habe Finanzierungszusagen von insgesamt 1,4 Milliarden US-Dollar erhalten und reiche europäische Mitgliedstaaten seien dringend ersucht worden, den Fonds zu unterstützen. Die Sonderarbeitsgruppe müsse allerdings noch eine Reihe von inhaltlichen Fragen klären; u. a. gehe es um den Zugriff auf Ressourcen, um Lenkungsstrukturen, das Sekretariat und Bankvereinbarungen.

### **ANGELEGENHEITEN, DIE SICH AUS RESOLUTIONEN UND BESCHLÜSSEN DER WELTGESUNDHEITSVERSAMMLUNG UND DES EXEKUTIVRATS ERGEBEN** (EUR/RC51/4)

Ein europäisches Mitglied des Exekutivrats gab einen inhaltlichen Überblick über die Tagungen des Exekutivrats im Januar und Mai 2001. Er erläuterte, dass er vom SCRC eingeladen worden sei, als Exekutivratsmitglied im zweiten Jahr seiner Amtszeit an den Tagungen des SCRC teilzunehmen und dem Regionalkomitee Bericht zu erstatten. Das Resultat dieses Experiments, das die Kommunikation zwischen dem Exekutivrat und dem Regionalkomitee verbessern solle, werde nach einem Jahr von den europäischen Mitgliedern des Exekutivrats und vom SCRC bewertet werden.

Die Direktorin der Abteilung Verwaltung und Management führte aus, dass die Beziehungen zwischen den globalen und regionalen leitenden Organen im Geiste der „einen WHO“ erheblich an Bedeutung gewonnen hätten. Von den bei der 54. Weltgesundheitsversammlung behandelten Themen seien vier Bereiche für die Europäische Region besonders interessant: der Programmhaushaltsvoranschlag für 2002–2003, Finanz-, Verwaltungs- und Managementangelegenheiten, Angelegenheiten, die mit den leitenden Organen zu tun hätten, sowie verschiedene Fachfragen und gesundheitliche Angelegenheiten.

Die Weltgesundheitsversammlung habe das Allgemeine Arbeitsprogramm für 2002–2005 angenommen und die bei der Budgetreform erzielten Fortschritte, die integrierte Präsentation des Haushalts sowie die Verbesserungen hinsichtlich der Transparenz, Rechenschaftspflicht und Effektivität begrüßt. Sie habe beschlossen, für den Haushalt die gleiche Summe wie in den vorigen Haushaltszeiträumen zu bewilligen,

und sich positiv zu den Bemühungen um mehr Effizienzeinsparungen geäußert. Die Generaldirektorin habe einen neuen Vorschlag für die Beitragsbemessung im Finanzzeitraum 2002–2003 vorgelegt, den man für politisch wie finanziell akzeptabel befunden habe. Darin sei u. a. ein Entlastungsmechanismus für die Länder vorgesehen, deren Beitrag aufgrund der neuen Bemessungsskala der Vereinten Nationen steigen würde. Diejenigen Mitgliedstaaten, die diese Möglichkeit nicht in Anspruch nehmen wollten, seien ermutigt worden, eine entsprechende Summe auf das Konto Sondereinkünfte einzuzahlen. In der Europäischen Region hätten 24 Länder Anspruch auf eine solche Zahlungsentlastung. Wenn sie alle darauf verzichten würden, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen, könne das voraussichtliche Defizit um etwa 11 Millionen US-Dollar reduziert werden.

Die Länder, die mit ihren Beitragszahlungen im Rückstand seien, davon elf in der Europäischen Region, seien aufgefordert worden, sich der Sondervereinbarungen für die Begleichung von Beitragsrückständen zu bedienen. Hinsichtlich des Liegenschaftsfonds führe das Regionalbüro zur Zeit Gespräche mit der dänischen Regierung über die Renovierung seiner Gebäude in Kopenhagen und über die Aufstellung eines Wartungsplans.

Von den zehn zu Fachfragen und gesundheitlichen Angelegenheiten verabschiedeten Resolutionen seien fünf für die Europäische Region besonders relevant: Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, Ausweitung der gegen HIV/Aids gerichteten Maßnahmen, Medizinstrategie der WHO, Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen sowie globale gesundheitliche Sicherheit – Epidemiewarnung und Gegenmaßnahmen. Zum Thema Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen habe das Regionalbüro Anfang September 2001 eine regionale Konsultation organisiert, bei der man die Methodik für die Aktualisierung des Weltgesundheitsberichts 2001–2002 überprüft habe.

Die Resolution WHA54.16 über das Internationale Jahrzehnt der Urbevölkerungen der Welt war im Dokument zwar nicht erwähnt worden, wurde aber dennoch von einer Delegation kommentiert, die anführte, dass die Regionalkomitees mit der Resolution ersucht würden, sich dringend mit der Annahme von regionalen Aktionsplänen für die Gesundheit von Urbevölkerungen zu befassen. Angesichts der Tatsache, dass der Regionaldirektor bei der vorigen Tagung in seinem Bericht „die von bestimmten Bevölkerungsgruppen ausgehende gesundheitliche Herausforderung“ erwähnt habe, fände man es interessant zu hören, wie man bei der Entwicklung der neuen Länderstrategie für Europa die Bedürfnisse der Urbevölkerungen zu berücksichtigen gedenke. Der Regionaldirektor versprach, dem Regionalkomitee einen Bericht über diese Frage vorzulegen.

Eine Delegation erinnerte das Regionalkomitee an die bei der Weltgesundheitsorganisation geäußerte Besorgnis über die begrenzten Ressourcen, die für die Aktualisierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgesehen seien, und über die folglich nur langsam voranschreitende Arbeit. Eine weitere Delegation meinte, dass das Hauptbüro im Geiste der „einen WHO“ den regionalen Anliegen ebenso viel Gewicht beimessen sollte, wie man dies umgekehrt von den Regionen im Hinblick auf globale Angelegenheiten erwarte.

In Beantwortung von Fragen nach dem Ergebnis der kürzlich durchgeführten europäischen regionalen Konsultation zum Thema eines Rahmens für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen hieß es, der Bericht über die Konsultationsrunde werde in Kürze zur Verfügung stehen und das konsolidierte Material aller regionalen Konsultationen werde ins Internet gebracht.

Es wurde auch bekräftigt, dass man sich an alle europäischen Mitgliedstaaten, die mit ihren Beiträgen im Rückstand seien, gewandt habe, um mit ihnen demnächst Mittel und Wege zu erörtern, wie man zu einer für alle Seiten annehmbaren Lösung des Problems gelangen könne.

**BERICHT DES STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES REGIONALKOMITEES**

*(EUR/RC51/3, /3 Add.1, EUR/RC51/Conf.Doc./2, EUR/RC51/Conf.Doc./3 und EUR/RC51/Inf.Doc./1)*

Die Vorsitzende des SCRC stellte die Themen der Tätigkeiten des SCRC im vergangenen Jahr vor, die nicht auf der Tagesordnung des diesjährigen Regionalkomitees standen. Entsprechend der bisherigen Praxis würden die einzelnen Mitglieder des Ständigen Ausschusses ihre Ansichten zu den übrigen Themen unter dem entsprechenden Tagesordnungspunkt darlegen.

Der Ständige Ausschuss sei seit der letzten Tagung des Regionalkomitees fünfmal zusammengekommen, und seine Diskussionsthemen könnten in drei Kategorien eingeteilt werden: die Rolle des SCRC, Grundsatzfragen und Verfahrensfragen.

Der SCRC sei sich mit dem Regionaldirektor darin einig, dass es eine seiner Hauptaufgaben sei, den Regionaldirektor und das Regionalkomitee durch seine Stellungnahmen in offenen und „strategischen“ Diskussionen – mit Raum zur freien Diskussion – zu unterstützen. Eine weitere Rolle des SCRC sei seine Funktion als Leitungsorgan per se, das für das Regionalkomitee zwischen dessen Tagungen handle und das Regionalkomitee in dieser Zeit vertrete, wie in der Geschäftsordnung vorgesehen. Versuchsweise habe der SCRC damit begonnen, seine Berichte – nach deren Annahme – auf der Website des Regionalbüros zu veröffentlichen.

Unter dem Punkt Grundsatzfragen habe der SCRC Follow-up-Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Aktionsplan für Nahrung und Ernährung seit dessen Annahme durch das letztjährige Regionalkomitee erörtert. Die Etablierung einer europäischen Task Force, deren Gestaltung und Verfahrensweise habe bei den Gründungsorganisationen keinen Gefallen gefunden. Um Schwierigkeiten auf dem Wege zur Intensivierung der Zusammenarbeit zu vermeiden und angesichts des Erfolgs der teilregionalen Workshops sei der Vorschlag gemacht worden, die Task Force entsprechend den subnationalen Regelungen umzugestalten. Ein offizieller Sachstandsbericht werde dem Regionalkomitee auf dessen 52. Tagung unterbreitet.

Die Erklärung der Europäischen Region zur poliofreien Region sei für Anfang 2002 vorgesehen, trotz der drei in Bulgarien gemeldeten Fälle und trotz gewisser Bedenken, dass die Frage der sicheren Lagerung im Labor zu Verzögerungen führen könne. Eine äußerst sorgfältige Überwachung sei in den ersten drei Jahren nach der Bestätigung als poliofreie Region geboten und die enge Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für das östliche Mittelmeer (im Rahmen des MECACAR-Programms) müsse fortgeführt werden, um importierte Poliofälle zu verhindern. Für dieses Programm seien nur geringe Mittel aus dem Ordentlichen Haushalt vorgesehen, doch gebe es gute Aussichten auf Bereitstellung von außerordentlichen Beiträgen in 2002. Dem Regionalkomitee werde auch auf seiner nächsten Tagung ein offizieller Sachstandsbericht unterbreitet.

Gestützt auf die Erfahrungen aus der externen Evaluation des EUROHEALTH-Programms in der Haushaltsperiode 1999/2000 sei der SCRC zu dem Beschluss gelangt, dass es nicht möglich sei, dem Regionalkomitee auf seiner diesjährigen Sitzung einen Bericht über eine ähnliche Evaluation der Tätigkeiten des Regionalbüros im Bereich Gesundheitsreformen zu unterbreiten. Anstatt dessen habe der SCRC ein Diskussionspapier erörtert und sei der Meinung, dass bei einer solchen Evaluation die Auswirkungen der Tätigkeiten des Regionalbüros auf die Umsetzung entsprechender Reformen der Gesundheitsversorgung in einer begrenzten Zahl von Ländern beurteilt werden sollten. Die externen Gutachter sollten geeignete Methoden erarbeiten. Die Gutachter seien bereits ausgewählt worden und auf der Tagung des Regionalkomitees im nächsten Jahr werde über ihre Erkenntnisse berichtet.

In Bezug auf Bioethik habe die Tagung der SCRC-Untergruppe vom März in Warschau bestätigt, dass sich das Regionalbüro hauptsächlich auf die Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik und die Systeme der Gesundheitsversorgung konzentrieren müsse. Ethische Fragen sollten gemeinsam mit dem Europarat untersucht werden, beispielsweise durch Zusammenarbeit im Rahmen der Konferenz des Europarats über Menschenrechte (Oslo, 2003). Die Zusammensetzung der Untergruppe werde nach der jetzigen Tagung erörtert und das Thema Bioethik sollte auf der Agenda des Regionalkomitees für 2002 stehen.

In Bezug auf Verfahrensfragen sei eine Untergruppe des SCRC noch immer mit der Frage der Kriterien der Mitgliedschaft im Exekutivrat befasst. Diese Untergruppe habe fünf Kriterien genannt. Der SCRC habe jedoch erklärt, dass bei Anwendung der vorgeschlagenen Kriterien eine semi-permanente Mitgliedschaft im Exekutivrat in Zukunft ausgeschlossen sei. Deshalb sei der Ständige Ausschuss der Meinung, dass er im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in der Lage sei, eine eindeutige Empfehlung zur Frage der semi-permanenten Mitgliedschaft und geografischen Gruppierung abzugeben. Speziell zu diesen beiden Fragen seien weitere Konsultationen mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region geplant und der SCRC werde dem Regionalkomitee im nächsten Jahr entsprechend Bericht erstatten.

Der scheidende Exekutivpräsident des Regionalkomitees erläuterte die Vorschläge des Ständigen Ausschusses zu einer Reihe von Änderungen der Geschäftsordnung des SCRC und des Regionalkomitees in Bezug auf die Nominierung der Tagungsleitung des Regionalkomitees, das regionale Auswahlverfahren und eine Bestimmung, derzufolge alle Kandidaten für das Amt des Regionaldirektors (ebenso wie im Fall des Amtes des Generaldirektors) eine mündliche Erklärung auf einer Tagung abgeben könnten, zu der alle Mitgliedstaaten der Region eingeladen würden.

Entsprechend der gegenwärtigen Praxis werde dem Regionalkomitee auch nach Erörterung im SCRC über die Arbeit des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) Bericht erstattet. Dr. Alán Pintér, der im Namen der Ko-Vorsitzenden des EEHC sprach, informierte die Delegierten, dass der Prozess der Ratifizierung des Protokolls über Wasser und Gesundheit in einer Reihe von Ländern angelaufen sei und dass bis Ende August 2001 drei Länder (und zwar Rumänien, die Russische Föderation und Ungarn) dieses Protokoll ratifiziert hätten. Damit dieses Protokoll in Kraft treten könne, müsse es jedoch von 16 Ländern ratifiziert werden; dementsprechend würden die Delegierten gebeten, die zuständigen Behörden in ihrem Land dringend zu ersuchen, diesen Prozess zu beschleunigen.

Die Weiterentwicklung und Umsetzung von nationalen Aktionsplänen für Umwelt und Gesundheit (NEHAPS) sei eines der Themen nach der Londoner Konferenz, dem man besondere Aufmerksamkeit widmen müsse. Nach Meinung des EEHC müsse – um auf den Investitionen der Mitgliedstaaten und des EEHC aufzubauen – ein Land die Führung übernehmen, wenn man in diesem Bereich effiziente Arbeit leisten wolle. Ähnliche Bemühungen seien auch nötig, um die Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit sowie die Tätigkeiten in Bezug auf die Gesundheit von Kindern und die Umwelt zu beschleunigen. Ein Programm zur raschen Beurteilung der Risiken von Industrieunfällen für die Umwelt und die Gesundheit habe das Interesse von verschiedenen Ländern geweckt und sei in Bulgarien und Ungarn getestet worden.

Dr. Pintér forderte auch die Delegierten auf, die Vorbereitungen zur Vierten ministeriellen Konferenz über Umwelt und Gesundheit, die für 2004 in Budapest geplant sei, aktiv zu unterstützen und bat sie, den Fragebogen über die Prioritäten für den Bereich Umwelt und Gesundheit auszufüllen, der zur Vorbereitung der Konferenz diene. Abschließend bemerkte er, dass die Prozesse „Umwelt für Europa“ und „Umwelt und Gesundheit“ etliche Gemeinsamkeiten hätten und koordiniert werden müssten, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Verschiedene Kooperationsvorhaben seien angelaufen und es habe sogar Vorschläge gegeben, die beiden Prozesse nach den Konferenzen von Kiew und Budapest möglichst auf der höchsten Regierungsebene miteinander zu verflechten.

Nach ihren Erläuterungen informierte die SCRC-Vorsitzende das Regionalkomitee, dass die Vorsitzende der Personalvereinigung des Regionalbüros für Europa auf der dritten SCRC-Tagung eine Erklärung abgegeben habe, woraufhin der Ständige Ausschuss (im Namen des Regionalkomitees) die Bedeutung der guten Beziehungen zwischen Personal und Management bekräftigt habe und dem Mut und Engagement der Mitarbeiter, speziell der in gefährlichen und von Krieg betroffenen Gebieten eingesetzten Mitarbeiter, Achtung gezollt habe.

In der anschließenden Diskussion dankten die Delegierten dem SCRC für die im Verlauf des Jahres geleistete Arbeit. In Bezug auf die meisten angesprochenen Bereiche (beispielsweise die Rolle des SCRC, Bioethik, die Änderungen der Geschäftsordnung sowie die Arbeit des EEHC) gab es allgemeine Zustimmung zu dem Bericht. Zur Frage der Mitgliedschaft im Exekutivrat äußerten jedoch mehrere Delegierte

ihr Bedauern darüber, dass bisher keine Einigung erzielt worden sei, vor allem angesichts der langen Zeit, die seit der ersten Behandlung dieses Themas inzwischen verstrichen sei. Einige Delegierte bemühten sich um Kompromisse und schlugen weitere Kriterien vor (beispielsweise in Hinsicht auf die Höhe der finanziellen Beiträge), andere bekräftigten bestimmte der vorgeschlagenen Kriterien (z. B. dass alle Mitgliedstaaten das gleiche Recht auf Mitgliedschaft im Exekutivrat hätten), schlugen Zwischenlösungen vor (z. B. die gegenwärtig auf ein Jahr festgelegte Periode, während der semi-permanente Mitglieder nicht zur Wiederwahl stehen dürften, auszuweiten) oder erbaten weitere Informationen darüber, worin die Schwierigkeiten eigentlich liegen würden (z. B. ob alle SCRC-Mitglieder sich über bestimmte Kriterien einig wären). Andere Delegierte lehnten daraufhin einige dieser Vorschläge ab, doch gab es im Allgemeinen Unterstützung für den Vorschlag, weitere Konsultationen auf multilateraler Basis zu führen, so wie dies bereits im Juli 1999 der Fall gewesen sei.

Das Regionalkomitee begrüßte die Informationen über die Arbeit des EEHC und eine Delegation schlug einen zusätzlichen Resolutionsentwurf zum Thema „Gesundheit und nachhaltige Entwicklung“ vor. Zu den diesbezüglich zu erörternden Aspekten gehöre die Tatsache, dass eine gesunde Umwelt eine wesentliche Voraussetzung für gute Gesundheit und Minderung der Armut sei. Deshalb müssten die Zusammenhänge zwischen Armut, Umwelt und Gesundheit im Zentrum des Interesses auf dem Weltgipfel über nachhaltige Entwicklung, der im nächsten Jahr in Johannesburg stattfindet, stehen.

Das Regionalkomitee verabschiedete sodann die Resolution EUR/RC51/R7.

Das Regionalkomitee schloss sich der Meinung des SCRC über Bioethik an; diesem Thema komme in der Medizin wie auch in der Öffentlichkeit immer größere Bedeutung zu. Weitere – mit anderen Akteuren wie beispielsweise dem Europarat angemessen koordinierte – Tätigkeiten seien wichtig und das Regionalkomitee erwarte hierzu nähere Informationen im nächsten Jahr.

Die Delegierten befürworteten die den vorgeschlagenen Änderungen der Geschäftsordnung zugrunde liegenden Argumente und das Regionalkomitee verabschiedete dementsprechend die Resolution EUR/RC51/R1.

Die SCRC-Vorsitzende dankte sodann allen Delegierten für ihre Kommentare, die für die Erstellung des Arbeitsprogramms des SCRC für das kommende Jahr sehr wichtig seien, und nahm die Bedenken bezüglich der Mitgliedschaft im Exekutivrat zur Kenntnis. Zu den weiteren Vorschlägen zu dieser Frage gehörten Anregungen wie z. B. die ständigen Vertretungen der Länder in Genf einzubeziehen, eine schriftliche Antwort von allen Delegierten einzuholen oder eine informelle Sitzung mit allen Delegierten zu einem späteren Zeitpunkt während der Tagung anzuberaumen.

Der Regionaldirektor teilte die Bedenken, die ein Delegierter über das Ungleichgewicht zwischen kurzfristigen und langfristigen Mitarbeitern und die entsprechenden Auswirkungen auf die Kontinuität und Arbeitsmoral sowie aus ethischer Sicht zum Ausdruck gebracht hatte. Das Regionalbüro habe das unausgewogenste Verhältnis innerhalb der WHO und irgendwelche auf der Gesamtebene des Systems der Vereinten Nationen gemachten Vorschläge zur Verbesserung der Situation würden in Absprache mit dem WHO-Hauptbüro und der Generaldirektorin, die ihrerseits sehr besorgt über diese Angelegenheit sei, rasch umgesetzt werden.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R8.

## **PARTNERSCHAFTEN FÜR DIE GESUNDHEIT**

*(EUR/RC51/6)*

Der Direktor des WHO-Büros bei der Europäischen Union (WEU) leitete zu diesem Tagesordnungspunkt eine Diskussion am runden Tisch. Vertreten waren die vier Partner Europäische Kommission, Europarat, Weltbank und Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP).

Die WHO pflege mit jedem dieser Partner eine breite und langjährige bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit, die sich auch über die Europäische Region hinaus erstreckte. Am 14. Dezember 2000 sei von der Generaldirektorin und dem Europäischen Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz ein neuer Briefwechsel unterzeichnet worden. Damit habe man einen neuen Rahmen für die Zusammenarbeit mit der EU etabliert. Eine weitere sehr positive Entwicklung sei die dreiseitige Verpflichtung zur Zusammenarbeit in ausgewählten Bereichen, die in einem vom Juni 2001 stammenden Briefwechsel zwischen dem Europarat, der Europäischen Kommission und dem Regionalbüro festgehalten worden sei. Diese Verpflichtung werde zur Zeit in praktische Maßnahmen mit klaren Zielen und Vorgaben umgesetzt.

Der Regionaldirektor wies darauf hin, dass der runde Tisch das Symbol einer Partnerschaft sei. Zusammenarbeit setze Achtung, Freundschaft und institutionelle Bindungen voraus und erfordere zudem, dass man sich die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede der Partner klar mache. Die Stockholmer Konferenz habe bewiesen, wie gut die Partner zusammenarbeiten könnten.

Der Vertreter der Europäischen Kommission merkte an, dass jede Organisation das Mandat, die Arbeitsprogramme und die organisatorischen Instrumente ihrer Partner besser verstehen müsse und dass Vernetzung, persönliche Beziehungen und gegenseitiges Vertrauen unabdingbar seien. Es gebe zur Zeit gute Mechanismen, die vierteljährliche Treffen zwischen dem WEU und der Europäischen Kommission in Brüssel und Luxemburg vorsähen, wobei sich der Europarat an den Tagungen in Luxemburg beteilige.

Gesundheit sei ein unabdingbarer Bestandteil des neuen Vertrags über die Europäische Union, was zur Ausarbeitung eines neuen sechs Jahre umfassenden Public-Health-Aktionsprogramms geführt habe, dessen Etat man zur Zeit in den zuständigen EU-Institutionen erörtere. Das Programm ziele darauf ab, die Gesundheitsinformation zu verbessern, Systeme für eine rasche Reaktion auf gesundheitliche Bedrohungen zu entwickeln und die Problematik der Determinanten von Gesundheit anzugehen. Das neue Programm werde auch organisatorische und strukturelle Veränderungen erforderlich machen, über die man bei der nächsten Tagung des Regionalkomitees berichten könne.

Neue EU-Rechtsvorschriften seien in den Bereichen Tabak und Blut angenommen worden. Das Mandat, die Gesundheit auch in anderen EU-Politiken zu berücksichtigen, beginne im Bereich der Arzneimittel langsam Wirkung zu zeigen, was bald auch auf die Bereiche Ernährung und mikrobiologische Resistenzen zutreffen werde. Auch den Patientenrechten werde man einen vorrangigen Stellenwert einräumen müssen.

Die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro habe sich um eine Reihe von Themen gruppiert, beispielsweise Alkohol, gesundheitsfördernde Schulen (gemeinsam mit dem Europarat) und Information (namentlich bei den Highlights on health und den Gesundheitsberichten). Im Oktober 2001 veranstalte man gemeinsam mit dem WHO-Hauptbüro und dem Regionalbüro einen hochrangigen Fachworkshop, bei dem man die Themen übertragbare Krankheiten und Information erörtern werde. Auf globaler Ebene arbeite man weiterhin gemeinsam u. a. an der Tabak-Konvention. Es sei deutlich, dass man künftig konkretere Maßnahmen entwickeln und bei der Einholung von Daten aus den Mitgliedstaaten Doppelgleisigkeiten vermeiden müsse.

Der Vertreter des Europarats wies darauf hin, dass die Mitgliedstaaten mehr Zusammenarbeit verlangten, wozu auch starke gemeinsame Aussagen zu wichtigen Themen gehörten. Einen Durchbruch habe man in den 1990er Jahren mit dem ersten gemeinsam vom Europarat, der Europäischen Kommission und dem Regionalbüro getragenen Projekt der gesundheitsfördernden Schulen geschafft. Das Projekt beinhalte nicht allein die gemeinsame Ressourcennutzung, sondern man habe dafür auch ein besonders wichtiges Thema ausgewählt. Das Projekt werde gemeinsam durchgeführt und man vermittele, was das Wichtigste sei, eine gemeinsame Botschaft. Dies verleihe allen beteiligten Organisationen Profil und Glaubwürdigkeit. Die Zusammenarbeit der drei Organisationen habe mit inoffiziellen Zusammenkünften begonnen, bei denen man eine Vertrauensgrundlage und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit geschaffen habe.

Ausgehend von diesen Erfahrungen gehöre es zu den Kriterien, die eine verstärkte Zusammenarbeit ermöglichen, dass man den gemeinsamen Wunsch hege, der Gesundheit auf der politischen Agenda einen

hohen Stellenwert zu verschaffen, dass man sich auf ein bestimmtes Mandat konzentriere, den Mut und die Disziplin aufbringe, Aktivitäten aufzugeben, die sich eindeutig mit anderen überschneiden, und dass man bereit sei, sich alles nutzbar zu machen, was von anderen eventuell bereits getan worden sei. Da sich alle drei Organisationen für die Thematik Armut interessierten und der Europarat auf diesem Gebiet bereits (wenn auch nicht direkt gesundheitsbezogene) Erfahrungen gesammelt habe, biete sich diese vielleicht als ein weiterer Bereich für eine konkrete Zusammenarbeit an. Er habe mit Interesse vermerkt, dass sich die anderen Organisationen ebenfalls für das Thema Bioethik interessierten, wolle aber gern daran erinnern, dass der Europarat auf diesem Gebiet vorgearbeitet habe, weshalb er hoffe, dass man diese Arbeit in künftigen Plänen voll berücksichtigen werde.

Der Vertreter der Weltbank zeigte sich einig in der Auffassung, dass ein gemeinsames Sinnverständnis und die Anerkennung des Wertes und der Vorteile einer Zusammenarbeit unabdingbar seien und in der Tat auch die Grundlage der Zusammenarbeit der Weltbank mit dem Regionalbüro bildeten.

Anfang der 1990er Jahre habe sich die Weltbank in Europa auf dem Gebiet der Gesundheit nur geringfügig betätigt, inzwischen aber finanziere sie in 23 Ländern der Region 32 Projekte oder Programme im Wert von etwa 1,3 Milliarden US-Dollar. Den Mitgliedstaaten diene man immer dann am besten, wenn die Arbeit in effektiven Partnerschaften geleistet werde, und diese Partnerschaften mit der WHO, und zwar sowohl mit dem Hauptbüro wie mit dem Regionalbüro, seien zahlreicher und komplexer geworden. Die besondere Beziehung zum Regionalbüro gründe sich auf den Austausch von Informationen und Fachkenntnissen, auf gemeinsame Programmplanung und die Beteiligung von WHO-Mitarbeitern an den Finanzprojekten und Fortbildungsaktivitäten der Weltbank, auf die Mitarbeit in umfassenderen Partnerschaftsaktivitäten wie dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme, in UNAIDS-Themengruppen und vielen anderen Fora, aber auch auf die Arbeit mit gemeinsamen Rahmenkonzepten wie beispielsweise im Zusammenhang mit der Armutsbekämpfung. Zu letzterem Thema sei es vielleicht wichtig darauf hinzuweisen, dass das Thema Armut sowohl im „Mission statement“ der Weltbank als auch in den strategischen Zielen der Direktion Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung figure.

Die Bank bemühe sich zunehmend darum, WHO-Fachexperten in ihre Projektteams einzubeziehen, und zwar oftmals in führenden Funktionen, und Mitarbeiter der Weltbank würden demnächst das Regionalbüro besuchen, um eine Vielfalt von Sachfragen und Kooperationsmöglichkeiten zu erörtern. Die Weltbank sei auch stolz darauf, sich als Gründungspartner des Europäischen Observatoriums bezeichnen zu dürfen, das eine einzigartige europäische Partnerschaft darstelle und für die Öffentlichkeit in der Region sehr nützlich sei.

Obwohl die beiden Organisationen unterschiedlich seien – mit verschiedenen Mandaten und Verfahrensweisen – gebe es dennoch viele Gemeinsamkeiten. Angestrebt werde eine kontinuierliche Entwicklung der Partnerschaft mit dem Regionalbüro, und zwar nicht als Zweck, sondern als Mittel zur besseren Durchführung der jeweiligen Missionen der beiden Organisationen.

Der UNDP-Koordinator für humanitäre Fragen in Tadschikistan wies darauf hin, dass es viele potenzielle Partner im Gesundheitsbereich gebe, darunter die WHO, andere Organisationen der Vereinten Nationen, Regierungsstellen, die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften, Nichtregierungsorganisationen wie beispielsweise die Organisationen Ärzte ohne Grenzen, Apotheker ohne Grenzen, Merlin und Aktion gegen den Hunger sowie örtliche Behörden und Verbände.

Je nach der Situation in einem bestimmten Land erfolge die Zusammenarbeit innerhalb von einem (oder mehreren) „Rahmen“. Entwicklungshilfe-Organisationen der Vereinten Nationen stützten sich auf „gemeinsame Länderbeurteilungen“, wobei der WHO hinsichtlich der Definition der gesundheitsbezogenen Indikatoren eine wichtige Rolle zufalle. Konsolidierte organisationsübergreifende Appelle ergingen zugunsten von Ländern, die sich in einer humanitären Krise befänden; solche Appelle beinhalteten eine sektorspezifische Analyse, um festzustellen, welche Aktivitäten und Projekte erforderlich seien. Strategien zur Bekämpfung der Armut (wie von dem Vertreter der Weltbank erwähnt) bezweckten die Ermittlung der Prioritäten, wohingegen friedensbildende Strategien für Länder nach einem Konflikt darauf abzielten, gerechten Zugang zu Ressourcen und Diensten wie beispielsweise Gesundheitsversorgung, institutionelle

Infrastruktur und Etablierung von transparenten Marktmechanismen, vor allem für pharmazeutische Produkte und Kontrazeptiva, wiederherzustellen bzw. sicherzustellen.

Die länderspezifischen UNDP-Berichte über die menschliche Entwicklung basierten auf dem „Human Development Index“ (HDI), der folgende Messgrößen berücksichtige: Lebenserwartung, grundlegende Gesundheitsindikatoren und Zugang zu Diensten, darunter auch Dienste auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit. Das beinhalte die Erstellung einer Analyse für spezifische Indikatoren und gegebenenfalls diesbezügliche Faktoren; hier komme der WHO eine klare Rolle zu. Im übrigen – wie ebenfalls bereits von dem Vertreter der Weltbank erwähnt – gebe es die HIV/Aids-Themengruppen.

Einige Anregungen und Beispiele für mögliche Partnerschaften und WHO-Aufgaben wurden gegeben. Die Organisation könne sektorspezifische Themengruppen einberufen und leiten, als Foren, an denen alle unter dem neutralen „Schirm“ der Vereinten Nationen teilnehmen würden. Die WHO als international anerkannte führende Organisation in Gesundheitsfragen könne sicherstellen, dass internationale Standards, Leitlinien und Verfahren richtig verstanden und konsequent auf Länderebene angewendet würden. Gesundheitsstatistiken seien nötig, um die sich ändernden demographischen, Gesundheits- und Krankheitsmuster zu verstehen. Die WHO müsse sicherstellen, dass die angewandten Statistiken glaubwürdig seien und die tatsächliche Situation reflektierten, anstatt lediglich historische Muster oder offizielle Zielvorgaben zu extrapolieren.

Eine Präsenz vor Ort sei von maßgeblicher Bedeutung. In fast allen Ländern im östlichen Teil der WHO gebe es ernste Gesundheitsprobleme und Probleme der Gesundheitsdienste. Deshalb seien WHO-Mitarbeiter Kernmitglieder von Länderteams der Vereinten Nationen und das erfordere fachlich anerkannte, unabhängige Repräsentanten, die sowohl mit den örtlichen Verhältnissen und Schwierigkeiten vertraut seien, als auch mit den Prioritäten auf der Grundlage internationaler Erfahrungen und bester Praxis.

Zu den Beispielen für derartige erfolgreiche Partnerschaften gehörten das sektorübergreifende HIV/Aids-Programm in Polen, das UNDP-Programm für Rehabilitation, Wiederaufbau und Entwicklung in Tadschikistan sowie das Health InterNetwork in Kasachstan für freien oder kostengünstigen Online-Zugriff auf führende medizinische Zeitschriften.

Sämtliche Delegierte, die sich zu Wort gemeldet hatten, lobten den Regionaldirektor wegen der einzigartigen, wenn nicht sogar historischen Initiative einer Diskussion am runden Tisch, deren Erfolg sich durch die Beteiligung aller Partner und die hohe Qualität der Diskussion bestätigt habe. Man war sich allgemein darin einig, dass in den letzten Jahren auf dem Gebiet der internationalen Zusammenarbeit und Partnerschaften große Erfolge erzielt worden seien. Allerdings wurde auch von mehreren Delegationen betont, dass die Zusammenarbeit proaktiv sein und über die Vermeidung von Doppelarbeit hinausgehen müsse.

Die zahlreichen Beispiele für gute Gemeinschaftsprojekte (beispielsweise das Projekt „Gesundheitsfördernde Schulen“) demonstrierten auch den Wert einer solchen Zusammenarbeit für die Mitgliedstaaten. Die Bedeutung der Zusammenarbeit – auf der Grundlage von Erkenntnissen darüber, was funktioniere und was nicht – zeige sich auch an den Bemühungen der Länder des Stabilitätspakts, gemeinschaftliche und gemeinsame Projekte zu entwickeln.

Ein Delegierter forderte, dem Europäischen WHO-Zentrum für Gesundheitspolitik in Brüssel mehr Unterstützung zu geben. Das Zentrum habe eine wichtige Rolle bei der Beratung mittel- und osteuropäischer Länder über Reformen der Gesundheitsversorgung und es habe gute Zusammenarbeitsbeziehungen mit dem Europäischen Observatorium; eine Unterstützung von Seiten und eine Kooperation mit der Weltbank und der EU-Kommission sollte erwogen werden.

Zum Schluss der Aussprachen gaben Vertreter der folgenden Organisationen mündliche oder schriftliche Erklärungen ab: Internationaler Hebammenverband, Internationaler Frauenrat, Internationale Föderation für medizinische und biologische Technik, Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie, Weltvereinigung für physikalische Therapeutik, World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies



und Weltverband für psychische Hygiene, des Weiteren ein Beobachter der Vereinigung der Ausbildungsstätten für Public Health in der Europäischen Region (ASPHER).

Es wurde darauf hingewiesen, dass zwei Organisationen – die Europäische Region der WHO und der Europarat – dieselben Mitglieder hätten. Viele Delegierte vertraten deshalb die Ansicht, dass besondere Sorgfalt darauf verwendet werden müsse, einen effizienten Einsatz der Ressourcen sicherzustellen und Doppelgleisigkeiten zwischen diesen beiden Organisationen zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurde aus dem Teilnehmerkreis ein Resolutionsentwurf bezüglich der Koordinierung der Tätigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheit mit dem Europarat unterbreitet. Dieser Resolutionsentwurf enthielt eine Bitte an den Regionaldirektor, sich bei der weiteren Entwicklung der Zusammenarbeit mit dem Europarat gezielt um eine klare und transparente Abgrenzung der Aufgaben zu bemühen und auf der Tagung des Regionalkomitees im nächsten Jahr über die Fortschritte zu berichten.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R9.

## **GRUNDSATZFRAGEN**

### **Informations- und Wissensmanagement: Der Europäische Gesundheitsbericht**

*(EUR/RC51/7 und EUR/RC51/Conf.Doc./4)*

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation erklärte, das erörterte Papier vermittele einen Überblick über den Gesundheitszustand und die Belastungen durch schlechte Gesundheit in Europa. Ein detaillierteres Dokument befinde sich bereits in einem fortgeschrittenem Stadium der Vorbereitung und werde den Mitgliedstaaten im Oktober zur Stellungnahme übermittelt.

Der Europäische Gesundheitsbericht verdeutliche das gesundheitliche Gefälle und die damit verbundenen sozioökonomischen Faktoren in der Region und untersuche die Gesundheitsprobleme und Erfordernisse besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen. Das Einkommensgefälle zwischen und in den Ländern werde in relevanten Gesundheitsindikatoren reflektiert. Das so genannte „Ost-West-Gefälle“ sei in allen wichtigen Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsdeterminanten augenfällig und dieses Gefälle habe sich vielfach in den 90er Jahren vergrößert. Diese Beobachtung gelte für die Lebenserwartung, Sterblichkeit, Lebensqualität sowie eine Reihe von Infektionskrankheiten (beispielsweise Tuberkulose).

Das immer stärker werdende gesundheitliche Gefälle in Europa gehe in erster Linie auf das Konto der nichtübertragbaren Krankheiten, wobei rund 40% des Gesamtunterschieds in der Sterblichkeit den Herz-Kreislaufkrankheiten zuzuschreiben sei und rund 30% den äußeren Todesursachen (Unfälle, Suizid, Gewalteinwirkung mit Todesfolge); ungefähr 25% seien auf andere Krankheiten (Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Verdauungstrakts usw.) und etwa 5% auf Krebs zurückzuführen.

Es gebe jedoch inzwischen eine Fülle von Erkenntnissen und Erfahrungen über die Prävention von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten. In vielen Fällen ähnelten sich die Faktoren und Umstände bei der Entwicklung von Krankheiten, die mit den sozioökonomischen Verhältnissen, dem Umfang der Gesundheitsdienste, Public-Health-Infrastrukturen, der Lebensweise und dem Umfeld, physiologischen Risikofaktoren oder psychosozialen Faktoren in Verbindung gebracht werden könnten.

Diese Fragen der öffentlichen Gesundheit und einschlägige Konzepte würden im Detail im Europäischen Gesundheitsbericht erörtert, insbesondere da – im Kontext der Weltgesundheitserklärung von 1998 – solche Unterschiede aus wirtschaftlicher und gesundheitlicher Perspektive wie auch aus der Sicht der Menschenrechte signifikant seien.

Die Tatsache, dass Chancengleichheit und Solidarität wiederum als die wichtigsten Ziele für die öffentliche Gesundheit genannt würden, bedeute auch, dass man die Aufmerksamkeit darauf konzentrieren müsse, den politischen Entscheidungsträgern solche gesundheitsbezogenen Informationen zu liefern, die sie für eine auf die Reduzierung des gesundheitlichen Gefälles ausgerichtete Politik benötigten. In den meisten

Ländern seien die jetzigen Systeme zur routinemäßigen Datensammlung nicht so gestaltet, dass sie die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen und Randgruppen erfassen. Dennoch hätten bereits viele Länder in Europa mit dem Monitoring von gesundheitlichen Ungleichheiten begonnen bzw. bereits Forschungsprogramme zur Untersuchung dieser Fragen etabliert oder für diesen Bereich Ziele und Indikatoren formuliert.

Die Herausforderung laute: den Erfahrungsaustausch zu erleichtern und letztlich sicherzustellen, dass die Daten und Indikatoren relevant, akkurat, spezifisch und ohne weiteres zwischen den Ländern vergleichbar seien. Eine besser koordinierte Nutzung aller in Europa verfügbaren Aktiva könnte zur Bewältigung dieser Aufgabe beitragen. Zunächst werde das Regionalbüro seine eigene Kapazität zur Sammlung, Analyse, Zusammenstellung und Verbreitung von Information und Wissen verbessern und die GFA-Datenbank („Gesundheit für alle“) erweitern, verbessern und bedarfsgerecht anpassen. Des Weiteren werde das Regionalbüro mit internationalen und nationalen Organisationen in Europa zusammenarbeiten, die über einen beträchtlichen Fundus von Gesundheitsinformationen verfügten. Daneben seien nationale Institutionen, Berufsverbände, Forschungseinrichtungen, nichtstaatliche Organisationen und andere Gremien in der gesamten Region sowohl als Nutzer als auch als „Produzenten“ von Informationen wichtig. Der neue Haushalt für 2002 – 2003 biete Gelegenheit, viele hier geeignete Maßnahmen einzuführen.

Diese Initiative komme zur rechten Zeit, da das Regionalkomitee auf seiner letzten Tagung (mit Resolution EUR/RC50/R5) einen Rahmen für die neue Länderstrategie für die Europäische Region befürwortet habe, um die Dienste den neuen Erfordernissen anzupassen. Dementsprechend müssten die Systeme für Informations- und Wissensmanagement überdacht werden, um das Regionalbüro als wissensbasierte Organisation zu stärken. Hier stellen sich drei besonders wichtige Fragen. Erstens: was müsse das Regionalbüro jetzt tun, um den Erwartungen der Mitgliedstaaten zu entsprechen? Zweitens: Wie könne das Regionalbüro seine Kapazität zur Weitergabe von Informationen von hoher Qualität verbessern, um diesen Erwartungen gerecht zu werden? Und drittens: Was sind die besten Möglichkeiten, um andere Produzenten und Nutzer von Information zusammenzubringen, um einen komplementären Ansatz sicherzustellen?

Dr. Jarkko Eskola berichtete, dass der SCRC im Laufe des Jahres drei Fragen im Zusammenhang mit den Europäischen Gesundheitsbericht erörtert habe, und zwar die Frage, ob ein solcher Bericht wirklich nötig sei, ob es einen „Platz“ für einen solchen Bericht gebe und wenn ja, wie oft er herausgegeben werden sollte. Die Antworten auf diese Fragen seien im Licht der Kontroverse um den neuen Weltgesundheitsbericht sowie im Hinblick auf die Tatsache gegeben worden, dass die Europäische Kommission (EU-Kommission) jetzt eigene Gesundheitsberichte herausgebe. Der SCRC sei der festen Meinung, dass es für die Europäische Region der WHO einen solchen Bericht geben solle, da er Informationen über langfristige Trends sammle und vermittele, die zum besseren Verständnis der Gesundheitspolitik beitragen könnten. Zur Frage der Doppelgleisigkeiten habe der SCRC darauf hingewiesen, dass der Weltgesundheitsbericht und der Europäische Gesundheitsbericht unterschiedliche Schwerpunkte, mit einem unterschiedlichen Datenbedarf, legten. Besonders wichtig sei hier, dass kein anderes Gremium ein Mandat zur Sammlung und Verbreitung von Informationen auf der Grundlage von abgestimmten Indikatoren habe.

Deshalb rate der SCRC dazu, die Bemühungen des Regionalbüros fortzuführen und durch innovative Maßnahmen zu ergänzen, um sicherzustellen, dass der Europäische Gesundheitsbericht zum richtungsweisenden Instrument für gesundheitspolitische Diskussionen auf nationaler und regionaler Ebene werde. Der SCRC rate auch dazu, den dreijährigen Zyklus für den Europäischen Gesundheitsbericht beizubehalten und durch das neue Konzept eines „Informationslagers“ (in dem man regelmäßige Aktualisierungen erhalten könne) zu ergänzen.

In der anschließenden Aussprache äußerten sich die Delegierten über die Vergrößerung des „gesundheitlichen Gefälles“, die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit, die anhaltenden Auswirkungen von übertragbaren Krankheiten sowie den Erfolg von Überwachungsstrategien. Die Auswirkungen von Risikofaktoren und deren „Übergreifen“ auf junge Menschen sowie die psychische Gesundheit und besonders gefährdete Gruppen wurden als eminent wichtige Aspekte der öffentlichen Gesundheit herausgestellt. Die zentrale Bedeutung des Gesundheitssektors und des Gesundheitssystems, u. a. auch die Beurteilung der

Gesundheitspolitik und die Verbindungen zum Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme wurden von vielen Delegierten immer wieder erwähnt.

Die Ansicht des SCRC, dass es unbedingt einen Platz für den Europäischen Gesundheitsbericht neben dem Weltgesundheitsbericht und den Berichten anderer Organisationen (z. B. der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der EU-Kommission) gebe, wurde speziell unterstützt. Da die Berichte der EU-Kommission in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro erstellt worden seien, wäre es vielleicht sinnvoll für künftige Berichte, die Reihenfolge und Koordinierung zu überdenken, vor allem, da die EU-Kommission demnächst auch die Beitrittsländer in ihrem Bericht berücksichtige. Die Delegierten unterstrichen im übrigen die Notwendigkeit der Konsultation und Partizipation der Mitgliedstaaten, das gelte sowohl für den Weltgesundheitsbericht als auch für den Europäischen Gesundheitsbericht. Eine Änderung zum Resolutionsentwurf wurde vorgeschlagen, um den Europäischen Gesundheitsbericht und den Weltgesundheitsbericht in einen engeren Zusammenhang zu stellen.

Viele Delegierte lobten auch das Regionalbüro für die flexible Bereitstellung von Informationen von hoher Qualität, unabhängig von deren Quelle. Sie unterstützten den Vorschlag des SCRC, auf der existierenden GFA-Datenbank aufzubauen, die von den Ländern weitgehend genutzt werde. Zu den weiteren spezifischen Vorschlägen gehörten u. a. auch die Anregung, Daten über die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten zu liefern, von Kommentaren über Fairness und Finanzierung abzusehen, einen Aktionsplan zur Reduzierung des „gesundheitlichen Gefälles“ zu erstellen, mehr Akzent auf die Gesundheitsdeterminanten zu legen, eine detailliertere Analyse der Ursachen zu geben und Informationen auf nationaler wie auch auf nachgeordneter Ebene zu liefern. Insbesondere wurde die Notwendigkeit unterstrichen, analytische Informationen in russischer Sprache zur Verfügung zu stellen. Außerdem wurde auf den Informationsbedarf hingewiesen, um die Auswirkungen der Angleichung der Politiken im Zuge des Beitrittsprozesses zur EU beurteilen zu können.

Der Vertreter des Internationalen Verbandes der Krankenhausingenieure (IFHE) machte einige konkrete Vorschläge für die Zusammenarbeit in den Bereichen Informationsmanagement (im Rahmen einer Feldstudie über Infrastrukturen, als Orientierungshilfe für die Erbringung von Gesundheitsdiensten) und Wissensmanagement (mit Hilfe von Studienprogrammen für Ingenieurwissenschaften).

Die Direktorin der Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation begrüßte die Unterstützung für die Vorschläge zum Informations- und Wissensmanagement und bezüglich der Koordination mit anderen internationalen Organisationen, die ebenfalls Gesundheitsberichte erstellten. Hinsichtlich der Verbindungen zwischen dem Weltgesundheitsbericht und dem Europäischen Gesundheitsbericht werde beabsichtigt, diese beiden Berichte kompatibel und komplementär zu machen und einen Bezug zwischen Monitoring und Entscheidungsfindung herzustellen.

Der Regionaldirektor erklärte, der Europäische Gesundheitsbericht sei nur ein Element der mittel- und langfristigen Informationsstrategie des Regionalbüros, wenn auch der am besten sichtbare Teil. Etliche Einrichtungen wie beispielsweise das Observatorium, die Fachreferate, das WHO-Hauptbüro sowie andere Organisationen sammelten und nutzten ebenfalls Daten und das führe, wie einige Delegierte bemerkt hätten, gelegentlich zu Doppelgleisigkeiten und Überschneidungen. Deshalb werde die Frage einer besseren Koordination mit Partnern sorgfältig untersucht. Über den Informationsbedarf der Mitgliedstaaten sei eine Untersuchung durchgeführt worden und das Regionalbüro werte jetzt die Ergebnisse aus, zusammen mit den Produzenten und Nutzern von Informationen.

Das Regionalbüro verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R3.

### **Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO** (EUR/RC51/8, EUR/RC51/Conf.Doc./6 und /6 Rev./1)

Der Direktor der Abteilung Fachunterstützung führte aus, dass der Begriff Armut eine Vielzahl von Dimensionen beinhalte, u. a. materielle Not, geringen Bildungsstand, schlechte Gesundheit, Anfälligkeit und das Ausgesetztsein gegenüber umwelt- und berufsbedingten Risiken, aber auch Stummheit und Machtlosigkeit.

Durch Armut sähen sich die Menschen ihrer Fähigkeit beraubt, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, zu denen der Zugang zu sauberem Wasser, eine ausreichende und sichere Ernährung und Gesundheitsversorgung gehörten, was sie folglich wiederum daran hindere, ihr volles Potenzial auszuschöpfen, und durch erhöhte persönliche und umweltbedingte Risiken, verstärkte Fehlernährung und den eingeschränkten Zugang zu Wissen, Information und Gesundheitsversorgung zu gesundheitlichen Defiziten führen könne. Eine defizitäre Gesundheit könne ihrerseits Armut verursachen, da sich dadurch das Haushaltseinkommen verringere und sich die Bildungschancen der Menschen, ihre Produktivität und ihre Lebensqualität verschlechterten. Die individuellen und kumulativen Auswirkungen von Armut und defizitärer Gesundheit seien zudem ein Hemmschuh für die wirtschaftliche Entwicklung.

Man sei sich des Teufelskreises, der Gesundheit und Armut miteinander verknüpfe, sehr wohl bewusst und wisse auch, dass man das Problem angehen müsse, wenn man die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt verbessern und ein nachhaltiges Wachstum und eine nachhaltige Entwicklung erreichen wolle. Es sei zwar bekannt, dass die Lebenserwartung bei einem Bruttosozialprodukt (BSP) von bis zu etwa 4000 US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung drastisch ansteige und sich diese Kurve danach verflache, doch dies sei nicht der einzige Faktor: Es bedürfe auch der sozialen Unterstützung (durch eine gesicherte Lebensmittelversorgung, durch Gesundheitsversorgung, Ausbildungsmöglichkeiten usw.), um einen wesentlichen Anstieg der Lebenserwartung und eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands zu erreichen.

Es gebe genügend europäische Daten, die zeigten, dass das Problem Armut für die Region ein Grund zur Sorge sei. Ein ergänzend zur verbalen Einführung in den Tagesordnungspunkt gezeigter Film beleuchtete die unterschiedlichen Dimensionen von Armut. Ein Leben in Armut gehe mit einer niedrigeren Lebenserwartung, mit hoher Säuglingssterblichkeit, einer schlechten reproduktiven Gesundheit, einem höheren Niveau an Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose und HIV-Infektion) sowie einer höheren Rate an Substanzenmissbrauch, nichtübertragbaren Krankheiten, Depression und Selbstmord einher. Es lebten zwar nur 2% der Bevölkerung der Region in absoluter Armut, weitere 165 Millionen Menschen fristeten ihr Leben jedoch in relativer Armut. Die Fakten deuteten auch darauf hin, dass es sich bei Armut um ein „Gender“-Problem handele, wobei Frauen und Kinder dem Risiko am stärksten ausgesetzt seien. Arbeitslosigkeit als wichtiger Bestimmungsfaktor von Armut und defizitärer Gesundheit entwickle sich zunehmend zu einem paneuropäischen Problem. Man habe es bei Armut (und zwar unabhängig davon, ob man sie nach Einkommen, sozioökonomischem Status, nach Lebensbedingungen oder Bildungsstand definiere) also, kurz gesagt, mit der größten Einzeldeterminante für defizitäre Gesundheit zu tun.

Der vom Exekutivrat auf seiner Tagung im Mai 2001 vorgeschlagene einheitliche Aktionsrahmen für die Armutsbekämpfung erlaube es allen wichtigen Organisationen der Vereinten Nationen und anderen internationalen Organisationen, im Gesundheitssektor verstärkt mit Maßnahmen unter armen Bevölkerungsgruppen einzusetzen. Der Erfolg sei jedoch vom guten Willen aller Beteiligten abhängig und erfordere das langfristige Engagement der internationalen Gemeinschaft und, ebenso wichtig, von den Mitgliedstaaten.

Die vorgeschlagene Schwerpunktverlagerung bedeute, dass man größeres Gewicht auf die gesundheitlichen Bedingungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen, vor allem der Armen und Benachteiligten, lege und sich weniger für durchschnittliche Bevölkerungsmesszahlen interessiere. Dieses Vorgehen werde wichtige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik haben, bedeute beispielsweise, dass man sich weniger um den Ausbau von Gesundheitssystemen bemühen müsse, die eine effizientere gesamtgesellschaftliche Versorgung bewirkten, sondern dass eher die Chancengerechtigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern sei und diese Systeme die Armen wirksamer erreichen müssten.

In diesem Kontext habe das Regionalbüro in Rücksprache mit dem SCRC erwogen, inwieweit es sinnvoll sei, Aktivitäten anzuregen, die die Problematik Armut und Gesundheit angehen würden. Deshalb lege man dem Regionalkomitee die folgenden, die Rolle des Regionalbüros betreffenden Vorschläge zur Erörterung vor:

- In Europa muss das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass die Gesundheit im Kampf gegen die Armut einen wesentlichen Stellenwert hat;

- den Ländern muss geholfen werden, bei der Minderung der nachteiligen Auswirkungen von Armut Fortschritte zu erzielen, und zwar durch den verbesserten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und durch die Bekämpfung der wichtigsten mit Armut verknüpften Krankheiten und Determinanten;
- die zur Unterstützung der Politikentwicklung und für die Verlaufsbeobachtung verfügbare Informationsgrundlage und die Datensituation müssen verbessert werden, insbesondere im Hinblick auf die schwächsten Bevölkerungsgruppen;
- das verpflichtende Engagement der internationalen Gemeinschaft zur Investition von Ressourcen in konkrete Maßnahmen zur Minderung der Armut und in Forschungsvorhaben muss gestärkt werden.

Weiter werde vorgeschlagen, das Zentrum in Venedig einen Prozess in Gang setzen zu lassen, in dessen Verlauf man analysieren könne, welche wirksamen Maßnahmen zur Minderung der Armut von den Mitgliedstaaten ergriffen worden seien. Dieses Wissen müsse dann weitergegeben werden. Dem Regionalkomitee könne danach auf seiner 52. Tagung ein erster Bericht (mit einer Analyse der bereitgestellten Daten) vorgelegt werden.

Dr. Jacek Piatkiewicz teilte dem Regionalkomitee mit, dass sich der SCRC aktiv an der Ausarbeitung des Papiers beteiligt habe und die Initiative begrüße. Armut stelle für alle Mitgliedstaaten ein Kernproblem dar und es sei eindeutig notwendig, den Teufelskreis aus Armut und defizitärer Gesundheit zu durchbrechen.

Der Beschluss, das Thema Armut auf die Tagesordnung des Regionalkomitees zu setzen, stieß bei den Delegierten auf überwältigende Unterstützung. Armut sei zwar ein globales Problem, sei aber auch für die Europäische Region einschneidend wichtig. Mehrere Delegierte verwiesen auf die diesbezügliche Arbeit anderer Organisationen, u. a. der EU-Kommission und des Europarats, und unterstrichen, dass die WHO diese Arbeit nicht noch einmal machen müsse, sondern eher zu den bereits laufenden Aktivitäten beitragen sollte. Die WHO wurde eindringlich gebeten, sich über das Stadium der Sachstandsbeschreibung hinaus zu bewegen und analytischer zu arbeiten, Indikatoren zu entwickeln sowie vorbildliche Praxisbeispiele zu sammeln und weiterzugeben. Besonders notwendig sei es, das Schwergewicht auf Strategien für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu legen, statt sich nur auf die Linderung von Armut zu konzentrieren. Mehrere Delegationen erläuterten anhand von Beispielen die politischen Konzepte und das praktische Vorgehen bei der Armutsbekämpfung in ihren Ländern. Eine Delegation berichtete von den Erfahrungen, die man mit der Vorzugsbehandlung schwacher Bevölkerungsgruppen gesammelt habe. Dieses Vorgehen habe zu äußerst positiven Resultaten geführt.

Ein im Namen der nordischen Länder sprechender Delegierter, unterstrich die Tatsache, dass nicht nur die armen Länder, sondern alle Mitgliedstaaten gegen die Armut vorgehen sollten, weshalb er vorschlage, in den Resolutionsentwurf einen Hinweis auf Chancengleichheit und Menschenrechte aufzunehmen. Danach wurde eine Redaktionsgruppe gebildet um sicherzustellen, dass alle vorgebrachten Kommentare im Resolutionsentwurf gebührend berücksichtigt würden.

Besorgt zeigte man sich über die negativen Auswirkungen der Globalisierung und der Marktwirtschaft auf Menschen, die ohnehin schon schwach seien, und doch versuche man ausgerechnet mit dieser Politik effizientere Gesundheitssysteme aufzubauen. Wolle man die Armutsproblematik wirklich ernst nehmen, dürfe man die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems jedoch nicht so sehr an den effizienten Diensten messen, sondern müsse es eher nach seiner Fähigkeit beurteilen, eine chancengerechte und zugängliche Gesundheitsversorgung zu liefern. Eine Delegation bat um Solidarität hinsichtlich der untragbaren Kosten von Arzneimitteln in den im Umbruch befindlichen Ländern. Eine weitere Delegation schnitt das Thema Schuldenerlass an und unterstrich, dass die WHO in dieser Hinsicht unbedingt eine Fürsprecherrolle übernehmen müsse.

Eine Delegation äußerte die Auffassung, dass das Thema Armut und Gesundheit in den Ländern auf höchster Ebene angegangen werden müsse und man die Zivilgesellschaft und nichtstaatliche Organisationen

einbeziehen sollte, wenn es darum gehe zu beurteilen, welchen Einfluss die geführte Politik auf die Armut habe. Besorgt äußerte man sich über die zunehmenden Auswirkungen von Armut auf die Mittelschichten, die sich allmählich als neue schwache Gruppe herauskristallisierten. Die WHO wurde eindringlich gebeten, sich führend um die Definition eines „Leistungspakets“ zu bemühen, das sicherstellen könne, dass die am stärksten von Armut betroffenen Gruppen angemessen geschützt seien.

Es wurde angeführt, dass mehrere wichtige Themenkomplexe in dem Hintergrundpapier nicht erwähnt worden seien; dazu zählten psychische Gesundheit, Frauen und Gewalt sowie Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Vertreterin des Internationalen Frauenrats betonte, dass die Befähigung von Frauen zum selbstbestimmten Handeln ein Schlüsselfaktor sei, wenn man Armut erfolgreich bekämpfen wolle. Frauen seien allerdings keine schwache Gruppe, sondern sollten als eine Gruppe mit besonderen Bedürfnissen gesehen werden. Der Vertreter der Internationalen Kommission für Arbeitsmedizin wies darauf hin, dass man der Gesundheit am Arbeitsplatz bei der Bekämpfung von Armut einen vorrangigen Stellenwert beimessen müsse.

Die Einrichtung des Zentrums in Venedig wurde als entscheidender Schritt gesehen, der die Arbeit voranbringen werde, wenngleich eine Delegation meinte, es wäre vielleicht sinnvoller gewesen, die Wahrnehmung dieser Funktionen einer unabhängigen Organisation zu überlassen.

Abschließend räumte der Regionaldirektor ein, dass er zunächst etwas skeptisch gewesen sei, als das Thema aufgebracht worden sei, dass er jetzt aber von dessen Wichtigkeit völlig überzeugt sei. Das Problem Armut sei jedoch sehr kompliziert und könne nicht im Schnellverfahren gelöst werden. Fallgeschichten aus den Ländern würden dazu beitragen, eine Faktengrundlage zu diesem wichtigen Thema zu schaffen.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R6

### **Der Programmhaushalt für 2002–2003 und Aussprache mit europäischen Mitgliedstaaten über das Haushaltsverfahren für 2004–2005**

*(EUR/RC51/9)*

Die Direktorin der Abteilung Verwaltung und Management erläuterte den Zweck des Tagesordnungspunkts, mit dem das Regionalkomitee über alle Fragen im Zusammenhang mit dem neuen Haushaltsplanungsprozess auf dem Laufenden gehalten werden solle. Genauer gehe es um die seit der 50. Tagung im Rahmen der globalen Haushaltserstellung unternommenen Schritte, um die bei der operativen Planung vorzunehmende Verteilung der Ländermittel und um den Prozess der Ausarbeitung des strategischen Programmhaushalts für 2004–2005.

Der regionale Haushalt sei gemäß den vom Regionalkomitee im Jahr 2000 abgesteckten Leitlinien überarbeitet worden. Dabei habe man regionale Prioritäten bewahrt, die Länderzuweisungen seien auf hohem Niveau beibehalten worden und das Gehaltselement habe man neu berechnet, um allen vertraglichen Verpflichtungen nachkommen zu können. Die Aussprachen während der Weltgesundheitsversammlung und im Exekutivrat hätten es dem regionalen Sekretariat zudem ermöglicht, mehrere Punkte abzuklären. Die Tätigkeiten in allen 35 Arbeitsbereichen gingen durchaus weiter, trotz der Tatsache, dass im globalen Haushalt für einige Regionen, darunter auch für die Europäische Region, in mehreren Bereichen keine Mittel vorgesehen seien. Diese anscheinende Anomalie sei darauf zurückzuführen, dass es schwierig sei, das große globale Programm mit den kleineren Programmen der Regionen zu vergleichen, und außerdem sei zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Programmhaushalts der Länderetat noch nicht aufgeteilt gewesen. Der 10%igen Überführung von Mehrländermitteln auf globale Prioritäten (gut 4 Millionen US-Dollar) werde eine ähnliche Verlagerung von 10% der Ländermittel entsprechen. Außerdem werde die Faktengrundlage für die Umsetzung von Resolution WHA51.31 laufend verfolgt, um ihre vollständige und zügige Umsetzung sicherzustellen.

Die Ländermittel für 2002–2003 würden nach drei Haupttiteln verteilt: zweijährige Kooperationsvereinbarungen, laufende Aufwendungen für die Verbindungsbüros in den Ländern und dazu als zusätzlicher

Titel „prioritäre Initiativen auf dem Gebiet der Public Health“. Bei letzterem verteilten sich die Mittel wiederum auf drei Hauptbereiche, nämlich vorrangige Public-Health-Initiativen in den Ländern, Mehrländer-Initiativen im Public-Health-Bereich und gegebenenfalls Stärkung der Präsenz des WHO-Regionalbüros in den Ländern. Diese Mittel könnten allerdings erst dann bestimmten Zwecken zugeführt werden, wenn die für zweijährige Kooperationsvereinbarungen vorgesehenen Mittel aufgeteilt worden seien und man sich einen Gesamtüberblick über die einzelnen Schwerpunktbereiche verschafft habe. Man erwarte, dass für den Haushaltszeitraum etwa 63 Millionen US-Dollar aus anderen Quellen und durch freiwillige Beiträge zusammenkommen würden.

Die strategische Planung für den Haushaltszeitraum 2004–2005 werde demnächst beginnen, und zwar werde man dabei „von unten nach oben“ planen. Zu diesem Zweck würden die Mitgliedstaaten durch verschiedene Mechanismen zu ihren Prioritäten für den Haushaltszeitraum befragt, worauf der Generaldirektorin ein konsolidiertes Dokument zugestellt werde, das bei der Tagung des Exekutivrats im Januar 2002, die der globalen Prioritätenfestlegung gewidmet sei, Verwendung finden werde.

Der Stellvertretende Exekutivpräsident berichtete, dass der SCRC im Laufe des Jahres über die Entwicklung des Programmhaushalts auf dem Laufenden gehalten worden sei und darauf bedacht gewesen sei, dass das Regionalkomitee die Möglichkeit haben sollte, Haushaltsfragen zu erörtern, auch wenn das für die Tagesordnung in diesem Jahr eigentlich nicht vorgesehen sei. Der SCRC habe erfreut zur Kenntnis genommen, dass die Finanzierung der Länderaktivitäten aufgestockt werde, sei jedoch enttäuscht darüber gewesen, dass die ständig zunehmende Länderarbeit durch die unvollständige Umsetzung von Resolution WHA51.31 beeinträchtigt werden könnte. Außerdem sei der SCRC daran interessiert gewesen, alle Mitgliedstaaten und das Sekretariat vollumfänglich in die ernsthaften und konstruktiven Bemühungen um die weitere Verbesserung der Planung, Verlaufsbeobachtung, Evaluation und Präsentation des Haushalts einzubinden, um eine wirksame Ausnutzung der auch künftig beschränkten Ressourcen sicherzustellen.

Die Delegierten begrüßten den Beschluss, das Regionalkomitee über die Entwicklung des Programmhaushalts im vergangenen Jahr zu informieren, und von mehreren Seiten wurde eindringlich darum gebeten, diese Praxis zu institutionalisieren, damit man nicht nur alle zwei Jahre, sondern jedes Jahr über den Haushalt sprechen könne. Inhalt und Präsentation des Dokuments wurden ebenfalls gewürdigt, und man begrüßte es aufs Wärmste, dass der Länderarbeit größeres Gewicht beigemessen werde. Der globale Haushalt sei ein wichtiges Instrument zur Zementierung der Philosophie der „einen WHO“.

Viele Delegierte brachten ihre Enttäuschung darüber zum Ausdruck, dass die Europäische Region nur die Hälfte der nach Resolution WHA51.31 zu erwartenden Summe erhalten habe, und gingen davon aus, dass die Angelegenheit gegenüber der Generaldirektorin zur Sprache gebracht werden würde und man auf eine rasche und volle Umsetzung der Resolution dringen werde. Andere sahen das Problem dagegen aus einer breiteren Perspektive und betonten, dass der regionale Haushalt an sich unzulänglich sei und selbst eine vollständige Umsetzung von Resolution WHA51.31 nur geringe konkrete Wirkung haben würde. Die einzige Lösung bestehe darin, nach mehr außerordentlichen Beiträgen Ausschau zu halten. Eine Delegation meinte, die gesamte Frage der Zuweisungsformel für die Ressourcen müsse genau geprüft werden, um einen kohärenteren Ansatz zu finden, weshalb man vorschlage, dass der SCRC das Problem demnächst aufgreifen sollte.

Der Exekutivdirektor des Sekretariats der Generaldirektorin sagte, er verstehe die von den Delegierten geäußerte grundlegende Enttäuschung und Frustration darüber, dass Resolution WHA51.31 nicht vollständig umgesetzt worden sei, durchaus. Er erläuterte, dass 1998 niemand vorhergesehen habe, dass für den Haushalt weiterhin ein Nullwachstum gelten würde oder man sogar eine Haushaltskürzung würde hinnehmen müssen, weshalb die damalige Prognose über die an die Europäische Region abzuführende Summe einfach nicht haltbar gewesen sei. Zugleich grassiere in den meisten Regionen, aus denen die Mittel hätten abgezogen werden sollen, die Inflation, eine Situation, die man ebenfalls nicht vorhergesehen habe. Die Generaldirektorin habe sich deshalb in einem schrecklichen Dilemma befunden und sei gezwungen gewesen, den derzeitigen Kompromiss zu akzeptieren. Seiner Ansicht nach liege die Lösung des Problems zumindest kurzfristig darin, dass die wohlhabenderen europäischen Mitgliedstaaten mehr

nicht zweckbestimmte Beiträge leisten würden. Er versicherte dem Regionalkomitee, dass das WHO-Hauptbüro alles in seiner Macht Stehende tun werde, um die Situation zu erleichtern.

### **Europäischer Alkohol-Aktionsplan – nach der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol**

*(EUR/RC51/10 und EUR/RC51/Conf.Doc./7)*

Der Regionalbeauftragte, Referat Alkohol und Drogen, informierte das Regionalkomitee über den Sachstand der Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol. Der Aktionsplan sei nach wie vor für viele Mitgliedstaaten von übergeordneter Bedeutung und verschiedene Länder hätten gesetzgeberische und politische Maßnahmen getroffen, um zur Minderung der Krankheitslasten beizutragen. Aus einer zehnjährigen Studie gehe hervor, dass es einem Drittel der Länder gelungen sei, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Doch zeichne sich jetzt ein besorgniserregender Trend ab: zunehmender Alkoholkonsum bei Jugendlichen in einem immer jüngeren Alter. Das Problem Alkohol – eine maßgebliche Determinante von schlechter Gesundheit – könne nur mit starkem politischem Willen angegangen werden.

Wegen der aggressiven Taktiken der Alkoholindustrie sei ein politisches Engagement um so wichtiger. Ein beachtenswertes Ereignis in diesem Jahr sei die Stockholmer Konferenz gewesen. Junge Menschen seien aktiv in diese einmalige Veranstaltung einbezogen worden, und zwar sowohl in die Vorbereitungen als auch in die Konferenz selbst. Mehr als 40 Gesundheitsminister oder deren Stellvertreter hätten an der Konferenz teilgenommen und eine Konferenzzerklärung sei einstimmig verabschiedet worden. Seit der Konferenz werde dem Problemkomplex Alkohol und Jugend in vielen Mitgliedstaaten hohe Priorität beigemessen. Allerdings müsse die Faktenbasis über Alkohol noch weiter ausgebaut werden. In dieser Hinsicht komme dem europäischen Alkohol-Informations- und Monitoring System große Bedeutung zu.

Dr. Constantinu erklärte im Namen des SCRC, dass die Stockholmer Konferenz ein sehr erfolgreiches Ereignis gewesen sei. Sie habe einen echten partnerschaftlichen Ansatz bei der Arbeit mit anderen wichtigen Organisationen, aber auch mit jungen Menschen selbst demonstriert. Nach Meinung des SCRC sei die Erklärung von Stockholm so wichtig, dass das Regionalkomitee ersucht werden sollte, diese Erklärung zu unterstützen. In Hinsicht auf die Beziehungen zur Alkoholindustrie sei der SCRC der Meinung, dass dies eine länderspezifische Angelegenheit sei und dass es deshalb schwierig sei, ein einheitliches Vorgehen zu postulieren. Der SCRC meine auch, dass eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Bezug auf Alkohol allein Sache des öffentlichen Sektors sei und unabhängig von der Alkoholindustrie gestaltet werden müsse. In der anschließenden Diskussion äußerten sich viele Delegierte positiv über die Stockholmer Konferenz und die daraus resultierende Erklärung. Für viele Länder sei die Konferenz ein „Katalysator“ für Veränderungen in der Politik und Gesetzgebung gewesen.

Die Delegierten äußerten sich auch über den innovativen Ansatz der aktiven Einbeziehung der Zielgruppe junge Menschen. Es wurde unterstrichen, dass dieser Ansatz fortgesetzt werden müsse und dass die den Jugendlichen gegenüber abgegebene Verpflichtung von Stockholm auch erfüllt werden müsse. Verschiedene Delegierte unterstrichen, wie wichtig es sei, Querverbindungen zwischen den Problemkomplexen Alkohol und Armut herzustellen. Sektorübergreifende Maßnahmen seien geboten und die WHO wurde eindringlich gebeten, mit der EU-Kommission dem Europarat und anderen relevanten Organisationen eng zusammenzuarbeiten.

Die Entwicklung eines Informations- und Monitoring-Systems wurde für äußerst wichtig gehalten. Dadurch könne man vergleichbare Daten für die laufende Beobachtung der Entwicklung von Trinkmustern und alkoholbezogenen Problemen in ganz Europa erhalten. Das Regionalbüro wurde ersucht, zur Unterstützung dieses Prozesses einige zuverlässige und valide Indikatoren zu entwickeln. Ein Delegierter sprach sich nachdrücklich für eine härtere Haltung in der gesamten Alkoholfrage aus und forderte die WHO auf, sich stärker mit Regierungen zu engagieren, da sie Gefahr laufe, widersprüchliche Botschaften zu geben.



Die Frage der Werbung und Absatzpolitik wurde aufgeworfen und die Notwendigkeit von viel strikteren Beschränkungen wurde unterstrichen. Einige Delegierte nannten hier Maßnahmen wie die Heraufsetzung des Mindestalters für den Alkoholkonsum und informierten über ihre Werbebeschränkungen.

Der Delegierte von Estland informierte das Regionalkomitee über den tragischen Unfall, der sich in seinem Land in dieser Woche ereignet habe. Als Folge der illegalen Herstellung von alkoholischen Getränken, die Methanol enthielten, seien 42 Personen gestorben und 68 Personen ins Krankenhaus eingeliefert worden.

Der Regionaldirektor vertrat die Auffassung, dass die Frage der Werbung große Sorge bereite, da sie die Frage der Menschenrechte berühre. Er stimmte zu, dass die aktive Einbeziehung von Jugendlichen ein innovativer Ansatz sei, der auch für die Zukunft als Modell dienen könne. Er versicherte den Delegierten, dass das Thema Alkohol weiterhin von übergeordneter Priorität für das Regionalbüro sei.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R4.

## **WAHL UND NOMINIERUNGEN**

*(EUR/RC51/5 und /5 Corr.1)*

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.

### **Exekutivrat**

Das Regionalkomitee vereinbarte im Konsens, dass die Russische Föderation und Spanien ihre Kandidatur der Gesundheitsversammlung im Mai 2002 zur anschließenden Wahl in den Exekutivrat unterbreiten werden.

### **Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees**

Das Regionalkomitee wählte im Konsens Griechenland, Lettland und Slowenien für eine dreijährige, vom September 2001 bis zum September 2004 laufende Amtszeit in den SCRC.

### **Gemeinsamer Koordinationsrat des Sonderprogramms zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten**

In Übereinstimmung mit den Bestimmungen von Ziff. 2.2.2 des Memorandum of Understanding des Sonderprogramms wählte das Regionalkomitee in geheimer Abstimmung Armenien für die Mitgliedschaft im Gemeinsamen Koordinationsrat (JCB) für eine dreijährige Amtszeit mit Wirkung vom 1. Januar 2002.

## **SONSTIGE ANGELEGENHEITEN**

### **Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2002 und 2003**

*(EUR/RC51/11 und EUR/RC51/Conf.Doc./5)*

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R2, mit der bestätigt wird, dass die 52. Tagung vom 16.–19. September 2002 am Sitz des Regionalbüros für Europa stattfindet und dass die 53. Tagung vom 8.–11. September 2003, auf Einladung der Regierung von Österreich, in Wien abgehalten wird.

**Sonstiges**

Wie in der Aussprache im Anschluss an die Ansprache des Regionaldirektors erwähnt, fand im Juni in Athen eine WHO-Tagung für die Länder von Südeuropa und Südosteuropa zum Thema „Psychische Gesundheit und Stigmatisierung in einer Welt der Krise“ statt. Ein diesbezüglicher Resolutionsentwurf wurde von der griechischen Delegation eingereicht.

Das Regionalkomitee verabschiedete die Resolution EUR/RC51/R5.

## RESOLUTIONEN

### EUR/RC51/R1

#### ÄNDERUNGEN ZUR GESCHÄFTSORDNUNG DES REGIONALKOMITEES UND DES STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES REGIONALKOMITEES

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung der (in Anhang 2 zum Dokument EUR/RC51/3 enthaltenen) Empfehlungen des achten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees zu Änderungen der Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees –

NIMMT die in EUR/RC51/3 Anhang 2 enthaltenen Änderungen mit sofortiger Wirkung AN.

### EUR/RC51/R2

#### ORT UND ZEITPUNKT DER ORDENTLICHEN TAGUNGEN DES REGIONALKOMITEES IN DEN JAHREN 2002 UND 2003

Das Regionalkomitee –

nach Prüfung des auf der 50. Tagung getroffenen, in Resolution EUR/RC50/R6 enthaltenen Beschlusses –

1. BESTÄTIGT, dass die 52. Tagung vom 16.–19. September 2002 am Sitz des Regionalbüros für Europa stattfindet, und
2. BESCHLIESST, dass die 53. Tagung vom 8. bis 11. September 2003 auf freundliche Einladung der Regierung von Österreich in Wien abgehalten wird.

### EUR/RC51/R3

#### DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSBERICHT – INFORMATIONEN- UND WISSENSMANAGEMENT

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung von Dokument EUR/RC51/7 (*Der Europäische Gesundheitsbericht, Zusammenfassung der ersten Erkenntnisse*),

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC49/R10, mit der der Regionaldirektor u. a. ersucht wurde, der einundfünfzigsten Tagung des Regionalkomitees Bericht über die Gesundheitssituation in der Region zu erstatten –

1. DANKT dem Regionaldirektor für die Zusammenfassung der ersten Erkenntnisse,
2. BEGRÜSST den für die Beschreibung der Gesundheitssituation und Trends, der Gesundheitsdeterminanten und der relevanten Gesundheitspolitiken in der Europäischen Region der WHO gewählten neuen Ansatz,
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, ihre Systeme für das Management von Gesundheitsinformationen und Wissen weiter zu verbessern und auszubauen sowie Verantwortung für die Vorbereitung und Umsetzung der einschlägigen Politiken zu übernehmen,

4. ERSUCHT den Regionaldirektor:
- a) weiterhin neue und effizientere Wege zum Management und zur Nutzung von Informationen zu entwickeln, um den veränderten Gegebenheiten auf dem Gebiet des gesundheitsbezogenen Wissens zu entsprechen, um es dem Regionalbüro zu ermöglichen, als eine wissensbasierte Organisation zu fungieren, und um den Mitgliedstaaten und der internationalen Gemeinschaft bessere Informationsdienste zu bieten,
  - b) die Erarbeitung des Europäischen Gesundheitsberichts in einer mit dem Weltgesundheitsbericht, seinen Basisdaten und seiner weiteren Ausarbeitung in Einklang stehenden Weise anzustreben,
  - c) nicht nur die Daten bezüglich der Schlüsselindikatoren für den Gesundheitszustand und andere qualitative Informationen, die der WHO von den Mitgliedstaaten übermittelt werden, zu nutzen, sondern auch die bei anderen Organisationen zugänglichen guten Informationen zu nutzen, und um dies zu erreichen, die Zusammenarbeit des Regionalbüros mit einschlägigen internationalen Organisationen zu stärken,
  - d) alle drei Jahre einen Bericht über die wichtigsten gesundheitlichen Belange und Überlegungen in den Mitgliedstaaten zu veröffentlichen und jedes Jahr die grundlegenden statistischen Daten auf der Website des Regionalbüros zu aktualisieren,
  - e) den Europäischen Gesundheitsbericht zur rechten Zeit, unter Berücksichtigung der auf dieser Tagung gemachten Kommentare, fertigzustellen und herauszugeben.

#### EUR/RC51/R4

##### SACHSTANDSBERICHT ZUM EUROPÄISCHEN AKTIONSPLAN ALKOHOL, EINSCHLIESSLICH FOLLOW-UP ZUR MINISTERIELLEN WHO-KONFERENZ JUGEND UND ALKOHOL

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf das von ihm 1998 (mit Resolution EUR/RC48/R5) verabschiedete Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region für das 21. Jahrhundert,

unter Hinweis auf Resolution EUR/RC42/R8, mit der es sich hinter die erste und zweite Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol stellte,

unter Hinweis auf die Europäische Alkohol-Charta, die auf der Europäischen Konferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol (Paris, 12.–14. Dezember 1995) angenommen wurde,

ferner unter Hinweis auf Resolution EUR/RC49/R8, mit der es sich hinter die dritte Phase des Europäischen Aktionsplans Alkohol (2000–2005) stellte,

in Kenntnisnahme von Dokument EUR/RC51/10, in dem die mit dem Europäischen Aktionsplan Alkohol erzielten Fortschritte dargelegt werden, über die Europäische ministerielle Konferenz der WHO Jugend und Alkohol (Stockholm, 19.–21. Februar 2001) berichtet wird und Vorschläge für Anschlussmaßnahmen an die Konferenz unterbreitet werden,

nach Behandlung der Erklärung Jugend und Alkohol, die auf der ministeriellen Konferenz einstimmig angenommen wurde –

1. STELLT SICH HINTER die Erklärung als dem führenden Grundsatzstatement der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Jugend und Alkohol,

2. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH:
  - a) den Europäischen Aktionsplan Alkohol auch weiterhin durchzuführen und der in der Erklärung verankerten Politik Wirkung zu verleihen, nämlich die Gesundheit von Jugendlichen vor den vom Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen ausgehenden Gefahren zu schützen,
  - b) in Anlehnung an die in der Erklärung angeführten Ziele ihre eigenen Ziele aufzustellen und die diesbezüglich gemachten Fortschritte zu verfolgen,
  - c) Jugendorganisationen in die Ausarbeitung, Umsetzung und Evaluierung von Konzepten und Programmen einzubeziehen, die für die Gesundheit und das Wohlergehen junger Menschen besonders wichtig sind,
  - d) in Übereinstimmung mit dem Europäischen Aktionsplan Alkohol, junge Menschen und Heranwachsende in die Integration von Konzepten und Programmen zur Thematik Jugend und Alkohol in umfassende sektorübergreifende gesundheitspolitische Konzepte einzubeziehen,
  - e) die Verschärfung der nationalen Gesetzgebung über den Verkauf und Ausschank von Alkohol an Jugendliche zu erwägen,
3. ERSUCHT den Regionaldirektor:
  - a) die engen Beziehungen zwischen der Verbreitung des Alkoholkonsums und sozioökonomischen Faktoren, und insbesondere dem Problem der zunehmenden Armut in den Ländern, die sich im wirtschaftlichen Umbruch befinden, herauszustellen,
  - b) als wichtigen Teil der Public-Health-Faktengrundlage den Aufbau eines europäischen Informationssystems zur Thematik Alkohol, einschließlich Daten über evaluierte Alkoholpräventionsprogramme, zu stärken,
  - c) die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen internationalen und supranationalen Organisationen sowie mit Jugendbewegungen auszubauen, um die Ziele des Europäischen Aktionsplans Alkohol und der Erklärung verfolgen zu können,
  - d) dafür zu sorgen, dass das Regionalbüro den Mitgliedstaaten für die Umsetzung des Europäischen Aktionsplans Alkohol verstärkte Unterstützung gewährt,
  - e) durch die Zuweisung von ausreichenden Ressourcen die unvermindert energische Unterstützung für die Umsetzung des Aktionsplans und der Erklärung sicherzustellen,
  - f) ein System zur Überwachung der Werbemaßnahmen zur Förderung des Konsums alkoholischer Getränke unter Jugendlichen in der Europäischen Region zu etablieren.

## EUR/RC51/R5

### **DIE ERKLÄRUNG VON ATHEN: PSYCHISCHE GESUNDHEIT, DURCH MENSCHLICHES EINWIRKEN VERURSACHTE KATASTROPHEN, STIGMATISIERUNG UND GEMEINDENAHE VERSORGUNG**

Das Regionalkomitee –

mit Befriedigung alle in der Europäischen Region im Jahr 2001 im Rahmen des Jahres der Psychischen Gesundheit unternommenen Tätigkeiten zur Kenntnis nehmend, die eine neue Möglichkeit eröffnen, das Engagement in diesem wichtigen Bereich der öffentlichen Gesundheit zu erneuern,

darauf hinweisend, dass im Laufe des Jahres noch weitere wichtige Initiativen ergriffen werden, dass u. a. ein globaler Bericht sowie regionale Berichte zur psychischen Gesundheit erscheinen,

mit Befriedigung zur Kenntnis nehmend, dass sich die Länder der Europäischen Region darum bemüht haben, Konzepte und Maßnahmen für den Bereich psychische Gesundheit zu erarbeiten,

1. BEGRÜSST die Erklärung von Athen: Psychische Gesundheit, durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenahe Versorgung, die von allen Teilnehmern der am 8. und 9. Juni 2001 in Athen, Griechenland, veranstalteten WHO-Tagung unterzeichnet wurde,
2. FORDERT die Mitgliedstaaten AUF, der in der Erklärung verankerten Politik Wirkung zu verleihen,
3. BITTET den Regionaldirektor, die psychische Gesundheit als Fachthema in die Tagesordnung der 53. Tagung des Regionalkomitees aufzunehmen.

**Die Erklärung von Athen: Psychische Gesundheit  
und durch menschliche Einwirkung verursachte Katastrophen,  
Stigmatisierung und gemeindenahe Versorgung**

WIR, DIE UNTERZEICHNETEN

Fachkräfte für psychische Gesundheit, die in Ministerien tätig sind, süd- und südosteuropäischen Verbänden für psychische Gesundheit angehören und zusammengekommen sind anlässlich der

**WHO-Tagung für die süd- und südosteuropäischen Länder: Psychische Gesundheit und Stigmatisierung in einer krisengeschüttelten Welt, Athen, Griechenland, 8.–9. Juni 2001,**

die in Zusammenarbeit mit dem griechischen Gesundheitsministerium und in Kooperation mit der Europäischen Kommission abgehalten wird,

BRINGEN UNSERE TIEFE BESORGNIS ZUM AUSDRUCK ÜBER

- I die ständige Gewalt innerhalb und außerhalb der Region und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung,
- II die anhaltende Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen mit psychischen Störungen und deren Familien und
- III die Begrenzungen der von nicht mehr zeitgemäßen Institutionen im Bereich der psychischen Gesundheit geleisteten Versorgung und sozialen Unterstützung.

IN ANBETRACHT DESSEN, DASS

- psychische Gesundheitsprobleme für die öffentliche Gesundheit in Europa immer wichtiger werden, während man andere gesundheitliche Anliegen besser im Griff hat,
- weiter zurückreichende wie auch neuere verhütbare sozioökologische Ursachen wie Krieg, rasche wirtschaftliche Veränderungen, Zerfall von familiären Bindungen, erzwungene und wirtschaftsbedingte Migration verheerende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit großer Bevölkerungsgruppen in Europa haben,
- der Weltgesundheitsstag und andere im Jahr 2001, dem Jahr der Psychischen Gesundheit, durchgeführte Aktivitäten großen Anteil daran gehabt haben, das gesellschaftliche Bewusstsein dafür zu schärfen, dass psychische Störungen relativ viel zur globalen Krankheitslast beitragen und es wirksame Interventionen gibt,
- sich die Gesundheitsminister der ganzen Welt während der Weltgesundheitsversammlung 2001 einmütig darauf geeinigt haben, dass der psychischen Gesundheit in den nationalen Gesundheitsprogrammen größere Priorität beigemessen werden müsse,

- sich die Ärzteschaft weltweit von der ursprünglich im Griechenland der Antike entstandenen Hippokratischen Lehre leiten lässt und die darin verankerten Grundsätze für die Gesundheitsfachkräfte weltweit auch heute noch Gültigkeit besitzen;

#### ANGESICHTS DER TATSACHE, DASS

- I wissenschaftlich abgesicherte Fakten die schädlichen Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung auf den Verlauf und die Folgen psychischer Störungen und das Wohlbefinden der Betroffenen und ihrer Familien belegen, dass aber die Stigmatisierung reduzierende Maßnahmen mit Erfolg umgesetzt werden können,
- II sich Regierungen und die breite Öffentlichkeit zunehmend bewusst werden, dass Gewalt das gesellschaftliche Gefüge zerstört, Studien jedoch zeigen, dass sich Gesundheitsförderung und andere gesellschaftliche Interventionen, u. a. die Förderung der friedlichen Kommunikation, als wirksam erwiesen haben,
- III es für zahlreiche und große Gruppierungen, vor allem für Immigranten, Vertriebene und Flüchtlinge, keine psychische Gesundheitsversorgung gibt, das WHO-Regionalbüro für Europa, die Europäische Union und verschiedene europäische Regierungen und nicht-staatliche Organisationen (NGOs) sich aber entschlossen darum bemühen, sämtliche Bevölkerungsgruppen in Konzepten, Programmen und Diensten der psychischen Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen,
- IV in nicht mehr zeitgemäßen psychiatrischen Einrichtungen häufig gegen die Menschenrechte verstoßen wird, diese Einrichtungen nicht den modernen Kriterien der Leistungserbringung entsprechen und aus jeder Sicht eine gemeindenahere Versorgung vorzuziehen ist;

#### APPELLIEREN WIR AN

- I die Regierungen und Bevölkerungen unserer Länder, insbesondere derjenigen, die sich in einer Krisensituation befinden, sich unter Einbeziehung aller relevanten gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Sektoren, verstärkt um ein Klima der Aussöhnung, der achtungsvollen Akzeptanz von Unterschieden sowie um Zusammenarbeit und Solidarität zu bemühen, um damit durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen und deren negative Auswirkungen auf die Menschen aller ethnischen, nationalen und sozialen Zugehörigkeit zu verhindern. Ohne Frieden gibt es keine psychische Gesundheit;
- II die Regierungen unserer Länder, die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Union, Berufsverbände und NGOs, zusammenzuarbeiten und die erforderlichen Netzwerke zu bilden, um den Austausch von Informationen, Erfahrungen und anderen Ressourcen zu fördern und sich bei der Bekämpfung der Folgen von durch menschliches Einwirken verursachten Katastrophen zu helfen;
- III die Regierungen unserer Länder, die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Union, Berufsverbände und NGOs, Programme zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung umzusetzen und in ihren Konzepten, Programmen und Diensten für die psychische Gesundheit das Prinzip der Chancengleichheit zu wahren und die psychische Gesundheitsversorgung beschleunigt in die Gemeinde zu verlagern,
- IV die Regierungen unserer Länder, die Weltgesundheitsorganisation und die Europäische Union, den Prozess der Entstigmatisierung und die Entwicklung von gemeindenahen psychischen Gesundheitsdiensten energisch und systematisch voranzutreiben; dieser Prozess wird dazu führen, dass die Bürger- und Menschenrechte der Patienten auf eine bedarfsgerechte psychische Gesundheitsversorgung garantiert werden, so dass ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft auf solidarischer, humaner und pragmatischer Grundlage erfolgt.

Geschehen zu Athen, Griechenland, am 9. Juni 2001

**EUR/RC51/R6****ARMUT UND GESUNDHEIT – FAKTEN UND MASSNAHMEN  
IN DER EUROPÄISCHEN REGION DER WHO**

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung des Inhalts von Dokument EUR/RC51/8 (*Armut und Gesundheit: Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO*) und der darin ausgesprochenen Empfehlungen,

in der Erkenntnis, dass die Faktenlage erdrückend für den engen Zusammenhang zwischen absoluter wie relativer Armut und defizitärer Gesundheit spricht,

im Bewusstsein dessen, dass es unter die Verantwortung des Gesundheitssektors fällt, im Rahmen umfassender multisektoraler Bemühungen zur Verringerung von Armut beizutragen –

1. DANKT dem Regionaldirektor für den Vorschlag, die Thematik Armut und Gesundheit auf die Tagesordnung dieser Tagung des Regionalkomitees zu setzen,
2. BETONT, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich des bestmöglichen Gesundheitszustands erfreuen zu dürfen,
3. ERKENNT AN, dass die Thematik Armut und Gesundheit sowohl für die WHO als auch für ihre Mitgliedstaaten, die alle, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß von diesem Problem betroffen sind, ein wesentliches Anliegen darstellt,
4. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, die Aufstellung oder Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut zu beschleunigen,
5. ERSUCHT den Regionaldirektor:
  - a) einen Prozess zur Generierung, Analyse und Verbreitung von Wissen über die Ursachen von Armut und über wirksame Maßnahmen zur Minderung der Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu etablieren,
  - b) Ressourcen zu beschaffen, um innerhalb eines kohärenten regionalen Rahmens Aktivitäten im Bereich Armut und Gesundheit durchführen zu können,
  - c) diesen Punkt auf die Tagesordnung der 52. Tagung des Regionalkomitees zu setzen.

**EUR/RC51/R7****GESUNDHEIT UND NACHHALTIGE ENTWICKLUNG  
WELTGIPFEL ÜBER NACHHALTIGE ENTWICKLUNG**

Das Regionalkomitee –

in Kenntnis des Vorbereitungsprozesses für den Weltgipfel über nachhaltige Entwicklung, wie durch Resolution A/RES/55/199 (Dezember 2000) der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen,

unter Hinweis darauf, dass die Agenda 21 (das globale Aktionsprogramm für nachhaltige Entwicklung) u. a. die Bedeutung des Schutzes und der Förderung der menschlichen Gesundheit herausstellt und die Länder bittet, Pläne für prioritäre Maßnahmen in beispielsweise folgenden Programmbereichen zu entwickeln: a) um den Bedürfnissen auf dem Gebiet der primären Gesundheitsversorgung zu entsprechen, b) um übertragbare Krankheiten zu bekämpfen, c) um besonders gefährdete Gruppen zu schützen, d) um



den großen Aufgaben im Bereich Gesundheit in Städten gerecht zu werden, e) um Gesundheitsrisiken infolge der Umweltverschmutzung und Umweltgefahren zu verringern,

im Hinblick darauf, dass auf der europäischen regionalen ministeriellen Tagung, die vom 24.–25. September 2001 in Genf stattfindet, die seit der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung im Jahr 1992 erreichten Fortschritte erörtert sowie übergeordnete Grundsatzfragen, Prioritäten und Anschlussmaßnahmen aufgezeigt werden sollen, als Input zum Vorbereitungsprozess für den Weltgipfel in Johannesburg (Südafrika) im September 2002,

in der Erkenntnis, dass Gesundheit zu einem zentralen Anliegen für die Entwicklung geworden ist, sowohl in Hinsicht auf ihren Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung als auch als Indikator für nachhaltige Entwicklung,

unter Betonung, dass der Schutz und die Förderung der Gesundheit von zentraler Bedeutung für den gesamten Prozess der Bekämpfung von Armut sowie der menschlichen Entwicklung sind,

in der Erkenntnis, dass viele Gesundheitsprobleme durch Luftverschmutzung, u. a. Passivrauchen, durch Lärm, durch unzulängliche Wasserversorgung und Wasserhygiene, durch unsachgemäße Abfallbeseitigung, durch chemische Schadstoffe oder radioaktive Belastung, durch Vergiftungen, durch Überbevölkerung und physische Gefahren im Zusammenhang mit dem Wachstum von dicht bevölkerten Städten, weiter verschlimmert werden, und dass die Klimaveränderungen tiefgreifende langfristige gesundheitliche Konsequenzen haben könnten,

in der Überzeugung, dass die vierte Europäische ministerielle Konferenz über Umwelt und Gesundheit, die im Jahr 2004 in Ungarn stattfinden soll, als Katalysator für weitere Maßnahmen dienen wird –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,
  - a) den Gesundheitssektor aktiv in die Vorbereitungen auf nationaler Ebene für den Weltgipfel über nachhaltige Entwicklung einzubeziehen,
  - b) in dem Vorbereitungsprozess die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Umwelt und Entwicklung anzusprechen, insbesondere die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Minderung der Armut,
  - c) auch die zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheit anzusprechen, um eine nachhaltige Entwicklung und anhaltende gesundheitliche Verbesserungen sicherzustellen,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor, die Empfehlungen und Schlussfolgerungen des Weltgipfels über nachhaltige Entwicklung zu berücksichtigen, wenn dem Regionalkomitee 2002 der vom Europäischen Ausschuss für Umwelt und Gesundheit erstellte Entwurf der vorläufigen Tagesordnung für die vierte ministerielle Konferenz über Umwelt und Gesundheit zur Billigung unterbreitet wird.

## EUR/RC51/R8

### BERICHT DES ACHTEN STÄNDIGEN AUSSCHUSSES DES REGIONALKOMITEES

Das Regionalkomitee –

nach Behandlung des Berichts des achten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Dokument EUR/RC51/3 und EUR/RC51/3 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 51. 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 51. Tagung vereinbarten und im Tagungsbericht festgehaltenen Änderungen.

## EUR/RC51/R9

### KOORDINATION DER ARBEIT MIT DEM EUROPARAT AUF DEM GEBIET DER GESUNDHEIT

Das Regionalkomitee –

in Anerkennung der Bemühungen und unschätzbaren Beiträge, mit denen durch die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Rahmen des Europarats und des WHO-Regionalbüros für Europa eine Verbesserung aller Aspekte von Gesundheit der Bürger von Europa erzielt wurde,

in der Erkenntnis, dass die Weltgesundheitsorganisation und ihre Regionen auf dem Gebiet der Gesundheit ein globales Mandat haben,

unter Hinweis darauf, dass der Europarat auf dem Gebiet der Gesundheit den konkreten Auftrag hat, die Achtung der Menschenrechte zu schützen und zu verbessern,

angesichts der Tatsache, dass sich die Europäische Region der WHO und der Europarat weitgehend aus denselben Mitgliedstaaten zusammensetzen,

in der Erkenntnis, dass es wie bei jeder Form der internationalen Zusammenarbeit von ausschlaggebender Bedeutung ist, dass die Ressourcen möglichst wirksam und effizient genutzt und Doppelgleisigkeiten von Bemühungen und Maßnahmen vermieden werden,

mit Interesse den Schriftwechsel vom 19. Juni 2001 zwischen dem Direktor für Soziales und Gesundheit des Europarats und dem Regionaldirektor zur Kenntnis nehmend, bei dem es um die Entwicklung der künftigen Zusammenarbeit geht und insbesondere betont wird, dass jede Organisation einen spezifischen Auftrag und einen besonderen Beitrag zu leisten hat und bei ihrer Arbeit Doppelgleisigkeiten vermieden werden sollten,

eingedenk dessen, dass sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sowie die Mitgliedstaaten des Europarats für den Ausbau dieser Zusammenarbeit einsetzen und sich aktiv daran beteiligen müssen –

1. LEGT allen Mitgliedstaaten NAHE, ihre einschlägigen Bemühungen durch ihre Vertreter in Ausschüssen und Unterausschüssen der beiden Organisationen zu koordinieren,
2. ERSUCHT den Regionaldirektor,
  - a) bei der künftigen Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit dem Europarat im Rahmen des Mandats jeder Organisation eine klare und transparente Aufgabenabgrenzung anzustreben und dabei die gegenseitigen Arbeitsprogramme zu berücksichtigen,
  - b) zur Erörterung durch die Delegierten der 52. Tagung des Regionalkomitees bei dieser Tagung über die erzielten Fortschritte zu berichten und dabei u. a.

- i) spezifische Bereiche der laufenden und künftigen entweder bilateralen oder gegebenenfalls gemeinsam mit der Weltbank und ähnlichen Finanzorganisationen durchzuführenden Zusammenarbeit aufzuzeigen,
  - ii) Themenbereiche zu ermitteln, in denen die Mitgliedstaaten beim Ausbau der Zusammenarbeit behilflich sein könnten, und
  - iii) anzugeben, in welchen Punkten die Absprachen zwischen der WHO und dem Europarat noch weiter verbessert werden müssen,
- c) sicherzustellen, dass das WHO-Regionalbüro für Europa in den Sitzungen des Europäischen Gesundheitsausschusses des Europarats qualifiziert vertreten ist.

*Anhang 1*

## TAGESORDNUNG

**1. Eröffnung der Tagung**

- a) Wahl des Präsidenten, Exekutivpräsidenten, Stellvertretenden Exekutivpräsidenten und Berichterstatters
- b) Annahme der Tagesordnung und des Arbeitsprogramms

**2. Ansprache der Generaldirektorin****3. Ansprache des Regionaldirektors****4. Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben****5. Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees, u.a.:**

- i) Empfehlungen zu Kriterien für die Mitgliedschaft im Exekutivrat
- ii) Empfehlungen bezüglich der Verfahrensweise der Regionalen Auswahlkommission
- iii) Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit

**6. Partnerschaften für Gesundheit****7. Spezielle Themen – Aussprache über Grundsatzfragen:**

- a) Informations- und Wissensmanagement: Der europäische Gesundheitsbericht
- b) Armut und Gesundheit – Evidenz und Maßnahmen in der Europäischen Region
- c) Der Programmhaushalt für 2002–2003 und Aussprache mit europäischen Mitgliedstaaten über das Haushaltsverfahren für 2004–2005
- d) Europäischer Alkohol-Aktionsplan – nach der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol (Stockholm, Februar 2001)

**8. Wahlen und 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 zur Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

**9. Sonstige Angelegenheiten**

- a) Zeitpunkt der 52. sowie Ort und Zeitpunkt der 53. Tagung
- b) Sonstiges
- c) Annahme des Berichts und Abschluss der 51. Tagung

**Fachinformationen:**

*Das spanische Gesundheitssystem*  
(organisiert vom Ministerium für Gesundheit und Verbraucher-  
angelegenheiten, Spanien)

**Podiumsdiskussion:**

*Gesundheit in den EU-Beitrittsländern*  
(organisiert vom Sekretariat)

*Anhang 2*

## LISTE DER DOKUMENTE

**Arbeitsdokumente**

EUR/RC51/1	Liste der Dokumente
EUR/RC51/2 Rev.2	Vorläufige Tagesordnung
EUR/RC51/3	Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC51/3 Add.1	Bericht über die fünfte Tagung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC51/4	Angelegenheiten, die sich aus Beschlüssen und Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats ergeben
EUR/RC51/5	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC51/5 Corr.1	Mitgliedschaft im Exekutivrat und verschiedenen anderen Ausschüssen
EUR/RC51/6	Partnerschaften für die Gesundheit
EUR/RC51/7	Der Europäische Gesundheitsbericht – Zusammenfassung der ersten Erkenntnisse
EUR/RC51/8	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC51/9	WHO-Programmhaushalt 2002–2003 – Die Perspektive der Europäischen Region
EUR/RC51/10	Sachstandsbericht zum Europäischen Aktionsplan Alkohol, einschließlich Follow-up zur ministeriellen WHO-Konferenz Jugend und Alkohol
EUR/RC51/11	Ort und Zeitpunkt der dreiundfünfzigsten Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2003

**Konferenzdokumente**

EUR/RC51/Conf.Doc./1 Rev.1	Vorläufiges Programm
EUR/RC51/Conf.Doc./2	Bericht des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC51/Conf.Doc./3	Änderungen zur Geschäftsordnung des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees
EUR/RC51/Conf.Doc./4	Informations- und Wissensmanagement – Der Europäische Gesundheitsbericht
EUR/RC51/Conf.Doc./5	Ort und Zeitpunkt der Ordentlichen Tagungen des Regionalkomitees in den Jahren 2002 und 2003
EUR/RC51/Conf.Doc./6 Rev.1	Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO
EUR/RC51/Conf.Doc./7	Sachstandsbericht zum Europäischen Aktionsplan Alkohol, einschließlich Follow-up zur ministeriellen WHO-Konferenz Jugend und Alkohol

**Informationsdokumente**

EUR/RC51/Inf.Doc./1	Jahresbericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC)
EUR/RC51/Inf.Doc./2	Gesundheitliche Perspektiven in Ländern, die sich um den Beitritt zur EU bewerben

*Anhang 3*

## LISTE DER REPRÄSENTANTEN UND ANDEREN TEILNEHMER

**I. MITGLIEDSTAATEN****Andorra**

<i>Repräsentantinnen</i>	Mònica Codina Tort Ministerin für Gesundheit und Gemeinwohl  Montserrat Camps Gallart Staatssekretärin für Gesundheit
<i>Stellvertreterin</i>	Dr. Margarita Coll Armangué Leiterin, Epidemiologische Überwachung, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

**Armenien**

<i>Repräsentant</i>	Dr. Ararat Mkrtchyan Gesundheitsminister
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Georgi Okoev Direktor, Forschungszentrum für den Schutz der Gesundheit von Müttern und Kindern

**Aserbaidshan**

<i>Repräsentant</i>	Professor Ali Binat-ogly Insanov Gesundheitsminister
---------------------	---

**Belgien**

<i>Repräsentant</i>	Dr. Godfried Thiers Direktor, Louis-Pasteur-Forschungsinstitut für öffentliche Gesundheit
<i>Stellvertreter</i>	Alain van Gucht Gesandter, Ständige Vertretung Belgiens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
<i>Berater</i>	Anne-Marie Sacré Bastin Beraterin, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt  Pascale Megal Beigeordnete Beraterin, Ministerium für Soziales, öffentliche Gesundheit und Umwelt  Jan Dams Stellvertretender Direktor, Direktion Gesundheitsversorgung, Ministerium der flämischen Gemeinschaft

Mme Risopoulos  
 Direktorin, Kommission der französischen Gemeinschaft, Regierung der Region Bruxelles-Capitale

T. Belhouari  
 Beigeordnete Beraterin, Kommission der französischen Gemeinschaft, Regierung der Region Bruxelles-Capitale

Maurice Peeters  
 Stellvertretender Direktor, Büro des Ministers für Umwelt, Gewässerpolitik, Naturschutz, öffentliche Liegenschaften und Außenhandel, Regierung der Region Bruxelles-Capitale

Martine Schüttringer  
 Attaché für Gesundheitsfragen, Büro des Ministers für Jugend und Gesundheit, Regierung der französischen Gemeinschaft

Pascale Peraita  
 Sachverständige, Büro des Staatssekretärs für Siedlungswesen, Regierung der Region Bruxelles-Capitale

Rita Glineur  
 Sachverständige, Büro des Staatssekretärs

Philippe Pepin  
 Berater, Büro des Präsidenten und Ministers für internationale Beziehungen, Regierung der französischen Gemeinschaft

Claude Misson  
 Botschafter von Belgien in Spanien

### **Bosnien und Herzegowina**

*Repräsentanten*

Dr. Zeljko Mišanović  
 Gesundheitsminister

Olivera Tadić  
 Beraterin, Gesundheitsministerium

### **Bulgarien**

*Repräsentanten*

Vassilka Paplomatas  
 Botschafter von Bulgarien in Spanien

Dr. Staiko Koulaksazov  
 Direktor, Internationale Zusammenarbeit und europäische Integration, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Valentin Dontcher  
 Berater, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Hristo Gudjev  
 Berater, Botschaft von Bulgarien in Spanien



**Dänemark**

<i>Repräsentanten</i>	Arne Rolighed Gesundheitsminister  Ib Valsborg Staatssekretär, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Jens Kristian Gøtrik Leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde  Mogens Jørgensen Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Marianne Kristensen Beraterin, Nationales Gesundheitsbehörde  Dr. Lars Møller Leitender Medizinaldirektor, Internationales Sekretariat, Nationale Gesundheitsbehörde  Søren Thomsen Abteilungsleiter, Gesundheitsministerium
<i>Sekretariat</i>	Kåre Geil Persönlicher Referent des Gesundheitsministers  Mette Nørgaard Persönliche Referentin des Gesundheitsministers

**Deutschland**

<i>Repräsentant</i>	Helmut Voigtländer Leiter der Unterabteilung „Angelegenheiten der EU, Internationale Zusammenarbeit“, Bundesministerium für Gesundheit
<i>Stellvertreter</i>	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 Referent im Referat Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

**Estland**

<i>Repräsentanten</i>	Hannes Danilov Generalsekretär, Ministerium für Soziales  Katrín Saluvere Stellvertretende Generalsekretärin, Ministerium für Soziales
<i>Berater</i>	Ain Aaviksoo Leiter, Gesundheitsschutz, Ministerium für Soziales

### Finnland

<i>Repräsentanten</i>	<p>Dr. Jarkko Eskola Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsförderung und Gemeinwohl, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Dr. Marjatta Blanco-Sequeiros Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p>
<i>Stellvertreter</i>	<p>Liisa Ollila Leiterin, Abteilung Vereinte Nationen und multilaterale Zusammenarbeit, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Dr. Risto Pomoell Berater des Ministers, Medizinische Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Taru Mikkola Referentin, Ministerium für Soziales und Gesundheit</p> <p>Kristiina Häikiö Referentin, Ständige Vertretung Finnlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf</p>
<i>Berater</i>	<p>Professor Vappu Taipale Generaldirektor, Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit</p>

### Frankreich

<i>Repräsentant</i>	<p>Professor Jean-François Girard Conseiller d'Etat</p>
<i>Stellvertreterinnen</i>	<p>Régine Lefait-Robin Leiterin, Beziehungen mit der WHO, Ministerium für Arbeit und Solidarität</p> <p>Catherine Feuillet Beraterin für Auswärtige Angelegenheiten, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten</p>
<i>Berater</i>	<p>Jeanine Harari Berater, Generaldirektion für Gesundheit, Ministerium für Arbeit und Solidarität</p> <p>Alain Lefebvre Berater, Soziale Angelegenheiten (nordische Länder), Botschaft von Frankreich in Schweden</p> <p>Jacques Pe Berater, Soziale Angelegenheiten, Botschaft von Frankreich in Spanien</p>

### Georgien

<i>Repräsentant</i>	<p>Dr. Amiran Gamkrelidze Stellvertretender Minister, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales</p>
---------------------	---

### Griechenland

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Meropi Violaki-Paraskeya Generaldirektorin h.c. für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl Dr. Themistoklis Sapounas Direktor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Athanassios Constantopoulos Direktor, Psychische Gesundheitsversorgung
<i>Berater</i>	Professor Jenny Kourea-Kremastinou Dekan, Nationale Akademie für öffentliche Gesundheit Andreas Milios Nationaler Sachverständiger, Ständige Vertretung Griechenlands bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

### Irland

<i>Repräsentanten</i>	Dr. James Kiely Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Kinder Colm Keenan Leitender Referent, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Kinder
<i>Stellvertreter</i>	Mary Aylward Regierungsrätin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Kinder Donald McCarthy Referent, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Kinder

### Island

<i>Repräsentanten</i>	Jón Kristjánsson Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit Davið Á. Gunnarsson Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
<i>Stellvertreter</i>	Elsa B. Friðfinnsdóttir Beraterin des Ministers für Gesundheit und soziale Sicherheit Sigurður Guðmundsson Generaldirektor für Gesundheit, Direktorat für Gesundheit
<i>Berater</i>	Ragnhildur Arnljótsdóttir Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Ingimar Einarsson  
Direktor, Planung und Entwicklung, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

Ragnheidur Haraldsdóttir  
Abteilungsleiterin, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit

### Israel

*Repräsentanten* Yair Amikam  
Stellvertretender Generaldirektor, Information und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium  
Dr. Yitzhak Sever  
Direktor, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### Italien

*Repräsentanten* Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinaldirektor, Büro für internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit

Dr. Giancarlo Majori  
Direktor, Abteilung Parasitologie, Nationalinstitut für Gesundheit

*Stellvertreterin* Dr. Marta di Gennaro  
Generalsekretärin, Gesundheitsrat

### Jugoslawien

*Repräsentanten* Trivo Indic  
Botschafter von Jugoslawien in Spanien  
Milos Knezevic  
Stellvertretender Bundessekretär für Arbeit, Gesundheit und Soziales

*Stellvertreterin* Mirjana Vujanic  
Botschaftsrätin, Botschaft von Jugoslawien in Spanien

### Kirgisistan

*Repräsentanten* Professor Tilekbek Meimanaliev  
Gesundheitsminister  
Dr. Boris Dimitrov  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

### Kroatien

*Repräsentanten* Professor Ana Stavljenić-Rukavina  
Gesundheitsministerin  
Dr. Stjepan Orešković  
Direktor, Andrija-Stampar-Akademie für öffentliche Gesundheit, Medizinische Fakultät der Universität Zagreb

**Lettland**

*Repräsentanten* Andrejs Požarnovs  
Minister für Gemeinwohl  
Viktors Jaksons  
Berater des Ministers für Gemeinwohl

**Litauen**

*Repräsentanten* Dr. Kónstantinas R. Dóbróvólskis  
Gesundheitsminister  
Dr. Óna Birute Adómónyte  
Beraterin des Ministers

**Luxemburg**

*Repräsentantin* Dr. Danielle Hansen-Koenig  
Direktorin für Gesundheit, Direktion Gesundheit

**Malta**

*Repräsentant* Dr. Raymond Busuttil  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium  
*Stellvertreter* Dr. Karen Vella  
Fachreferentin für öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

**Monaco**

*Repräsentanten* Claudette Gastaud  
Direktorin, Gesundheits- und Sozialwesen

**Niederlande**

*Repräsentanten* Dr. Geert M. van Etten  
Leiter, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport  
Dr. Lejo J. van der Heiden  
Chefberater, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport  
*Stellvertreterin* Dr. Monique A.C.M. Middelhoff  
Legationsrätin, Ständige Vertretung des Königreichs Niederlande bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf

### Norwegen

<i>Repräsentantin</i>	Hilde Caroline Sundrehagen Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
<i>Stellvertreter</i>	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 Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales Dr. Tharald Hetland Chefberater, Ministerium für Gesundheit und Soziales
<i>Berater</i>	Dr. Jens R. Eskerud Berater, Ministerium für Gesundheit und Soziales Dr. Per Wium Chefberater, Norwegische Gesundheitsbehörde Turid Kongsvik Beraterin, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

### Österreich

<i>Repräsentanten</i>	Professor Reinhart Waneck Staatssekretär für Gesundheit Dr. Gunter Liebeswar Sektionschef, Sektion Gesundheitswesen, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
<i>Stellvertreterin</i>	Dr. Verena Gregorich-Schega Leiterin, Abteilung für internationale Angelegenheiten, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
<i>Beraterinnen</i>	Dr. Elke Atzler Gesandte, Ständige Vertretung Österreichs beim dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf Edda Strohmayer Abteilung für internationale Angelegenheiten Martin Glier Pressesprecher, Büro des Staatssekretärs für Gesundheit

### Polen

<i>Repräsentanten</i>	Professor Grzegorz Opala Gesundheitsminister Dr. Jacek Antoni Piatkiewicz Berater des Ministers, Gesundheitsministerium
-----------------------	--

*Stellvertreter* Boguslaw Suski  
Amtierender Direktor, Abteilung für europäische Integration und internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium  
Professor Bogdan Chazan  
Nationaler Berater für Geburtshilfe und Gynäkologie, Nationales Forschungsinstitut für Mutter und Kind

### **Portugal**

*Repräsentanten* Professor José Pereira Miguel  
Generaldirektor für Gesundheit  
Dr. Carlos Pipa  
Gesundheitsministerium  
Victor Lopes Gil  
Referent, Botschaft von Portugal in Spanien

### **Republik Moldau**

*Repräsentant* Dr. Andrei Gherman  
Gesundheitsminister

### **Rumänien**

*Repräsentanten* Dr. Ion Bazac  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium  
Luminita Popescu  
Direktorin, Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter* Dr. Stefan Bartha  
Stellvertretender Direktor, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium  
Dr. Canel Heredea  
Beraterin, Gesundheitsministerium

*Berater* Alexandru Rafila  
Direktor, Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium  
Dr. Radu Constantiniu  
Berater, Gesundheitsministerium  
Carmen Vasile  
Journalistin

### **Russische Föderation**

*Repräsentant* Professor Y.L. Shevchenko  
Gesundheitsminister

*Stellvertreter* Dr. S.M. Furgal  
Direktor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

<i>Berater</i>	A.M. Taranov Direktor, Dachverband der gesetzlichen Krankenversicherung
	Y.A. Gorlatch Botschaft der Russischen Föderation in Spanien
	Dr. V.K. Riazantsev Fachreferent, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium
	Professor S. Trifonov Berater, Abteilung für soziale Entwicklung, Regierungsbüro der Russischen Föderation

### San Marino

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Sante Canducci Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit
	Frederica Bigi Botschafterin der Republik San Marino bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
<i>Stellvertreter</i>	Giuseppina Bertozzi Koordinatorin, Abteilung Gesundheit und soziale Sicherheit
	José Manuel De Mollinedo Martínez Gesandter, Botschaft von San Marino in Spanien

### Schweden

<i>Repräsentantinnen</i>	Kerstin Wigzell Generaldirektorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl
	Irène Nilsson Carlsson Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
<i>Stellvertreter</i>	Ann-Christin Filipsson Wissenschaftliche Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
	Maria Renström Stellvertretende Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales
	Pia Stavås Legationsrätin, Ständige Vertretung Schwedens bei dem Büro der Vereinten Nationen und bei den anderen internationalen Organisationen in Genf
	Birgitta Schmidt Direktorin, Nationale Behörde für Gesundheit und Gemeinwohl
	Bo Pettersson Chefberater für Gesundheitsförderung, Nationalinstitut für öffentliche Ge- sundheit
	Kaj Essinger Berater, Verband der Bezirksräte



**Schweiz***Repräsentanten*

Professor Thomas Zeltner  
Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Alice Scherrer-Baumann  
Präsidentin, Sanitätsdirektion

*Stellvertreter*

Dr. Reto Dürler  
Leiter a.i., Stabsstelle Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Cornelia Oertle Bürki  
Stellvertretende Zentralsekretärin, Sanitätsdirektion

**Slowakei***Repräsentanten*

Ján Voderadský  
Botschafter der Slowakei in Spanien

Dr. Michal Ondrejčák  
Büroleiter, Gesundheitsministerium

*Stellvertreter*

Dr. Svätopluk Hlavačka  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsmanagement, Gesundheitsministerium

Zuzana Červená  
Gesundheitsministerium

**Slowenien***Repräsentanten*

Dr. Dušan Keber  
Gesundheitsminister

Dr. Ciril Štokelj  
Botschafter von Slowenien in Spanien

*Stellvertreter*

Dr. Jožica Maučec Zakotnik  
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit

Dr. Božidar Voljč  
Generaldirektor, Nationale Blutbank

*Berater*

Jasna Ponikvar  
Botschaftsrätin, Botschaft von Slowenien in Spanien

Dr. Vesnov Petrić  
Berater des Ministers, Gesundheitsministerium

**Spanien***Repräsentanten*

Celia Villalobos-Talero  
Ministerin für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Rubén Moreno-Palanques  
Generalsekretär, Management und Kooperation in Gesundheitsfragen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Stellvertreter*

Julio Sánchez-Fierro  
Ministerialdirektor für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

*Berater*

Dr. Luis Bohigas Santasusagna  
Generaldirektor, Gesundheitsplanung, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Isabel de la Mata-Barranco  
Stellvertretende Generaldirektorin, Gesundheitsplanung, Minister für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Octavi Quintana-Trias  
Stellvertretender Generaldirektor, Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Javier Maldonado Gonzalez  
Leiter, Büro des Generalsekretärs, Gesundheitsplanung, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Francisco Parras-Vazquez  
Generalsekretär, Nationaler Aids-Plan

Dr. Julia Gonzalez-Alonso  
Stellvertretende Generaldirektorin, Gesundheitsförderung und Epidemiologie, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Angela Blanco-Moreno  
Stellvertretende Generaldirektorin, Wirtschaftsanalysen und Statistik, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Carmen Collado-Alvarez  
Fachberaterin, Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Teresa Robledo-De Dios  
Leiterin, Referat Gesunde Lebensweisen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Lourdes Biglino-Campos  
Leiterin, Referat Gesundheitserhebungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Maria L. Garcia-Tuñon  
Leiterin, Referat Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Esther Rodriguez-Machado  
Leiterin, Referat Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

**Tadschikistan**

*Repräsentant*

Dr. Alamhon Ahmedov  
Gesundheitsminister

**Tschechische Republik**

<i>Repräsentanten</i>	Professor Bohumil Fišer Gesundheitsminister  Dr. Michael Vít Stellvertretender Gesundheitsminister, Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Robert Tripes Gesandter, Botschaft der Tschechischen Republik in Spanien  Jana Šilhanová Direktorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Blanka Jankásková Leiterin, Abteilung EU-Angelegenheiten, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium  Professor František Kölbl Leiter, Klinik für innere Medizin, Motol-Universitätskrankenhaus, sowie Gesundheitsministerium  Miroslav Suja Attaché, Botschaft der Tschechischen Republik in Spanien

**Türkei**

<i>Repräsentanten</i>	Professor Osman Durmuş Gesundheitsminister  Uğurtan Akinci Botschafter der Türkei in Spanien
<i>Stellvertreter</i>	Dr. Ismail Toprak Generaldirektor a.i., Gesundheitsministerium  Ahmet Gürkan Leiter, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Dr. Hasan Öztoprak Berater, Gesundheitsministerium  Dr. Mesut Yildirim Abteilungsleiter, Generaldirektion für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium  Rifat Köksal Botschaftsrat, Botschaft der Türkei in Spanien  Professor Ayşe Akin Abteilung Öffentliche Gesundheit, Medizinische Universität Hacettepe
<i>Sekretär</i>	Türkmen Çayır Sekretär, Gesundheitsministerium

### Turkmenistan

*Repräsentant* Dr. Seyidli Orazberdyev  
Berater, Abteilung Gesundheit, Ministerkabinett

### Ukraine

*Repräsentanten* Dr. Vitaliy F. Moskalenko  
Gesundheitsminister

Dr. Nina G. Goyda  
Leiterin, Abteilung Management der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

*Stellvertreterin* Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

### Ungarn

*Repräsentanten* Dr. Gyula Pulay  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

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

*Stellvertreter* Dr. Alán Pintér  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Katalin Sallai  
Chefberaterin, Gesundheitsministerium

### Usbekistan

*Repräsentant* Professor Feruz Nazirov  
Gesundheitsminister

*Stellvertreter* Ismailov Said Ibragimovitch  
Direktor, Forschungsinstitut für Endokrinologie, Gesundheitsministerium

Razakov Shavkat Ablakulovitch  
Direktor, L. Isaev-Forschungsinstitut für medizinische Parasitologie

*Berater* Dr. Dilbar Makhmudova  
Direktor, Forschungsinstitut für Pädiatrie

Abdunomon Sidikov  
Berater des Gesundheitsministers

Jamshid Alimov  
Gesundheitsministerium

**Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland**

<i>Repräsentanten</i>	Professor Liam Donaldson Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium Dr. Pat Troop Stellvertretende Generaldirektorin für Gesundheit, Gesundheitsministerium
<i>Stellvertreter</i>	Nick Boyd Leiter, Unterabteilung Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium Tony Kingham Referatsleiter, Internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
<i>Berater</i>	Dr. Jeremy S. Metters Berater, Gesundheitsministerium

**Weißrussland**

<i>Repräsentanten</i>	Dr. Larissa Sokolovskya Stellvertretende Gesundheitsministerin Edouard Glazkov Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium
-----------------------	--

**II. BEOBACHTER AUS MITGLIEDSTAATEN  
DER WIRTSCHAFTSKOMMISSION FÜR EUROPA***Vereinigte Staaten von Amerika*

David E. Hohman  
Attaché für 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 Jean-Marie Musi Mpendawatu  
Pontifikalrat, Seelsorgerischer Beistand für Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung

**IV. REPRÄSENTANTEN VON ORGANISATIONEN DES VERBANDS DER  
VEREINTEN NATIONEN UND ANDEREN ORGANISATIONEN***Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen*

Matthew Kahane

*Weltbank*

Christopher Lovelace

**V. REPRÄSENTANTEN VON ANDEREN ZWISCHENSTAATLICHEN ORGANISATIONEN***Europäische Kommission*

Dr. Fernand Sauer  
Lanaras Antonis

*Europarat*

Henry Scicluna

**VI. REPRÄSENTANTEN VON NICHTSTAATLICHEN ORGANISATIONEN, DIE  
OFFIZIELLE BEZIEHUNGEN ZUR WHO UNTERHALTEN***International Commission on Occupational Health*

Professor Richard Ennals

*International Council for Standardization in Haematology*

Dr. Joan Lluís Vives Corrons

*International Cystic Fibrosis (Mucoviscidosis) Association*

José Polido

*Internationale Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe*

Dr. Francisco Campillo

*Internationale Föderation für medizinische und biologische Technik*

Hiie Hinrikus

*Internationale zahnärztliche Vereinigung*

Dr. José Font Buxo

*Internationaler Ärztinnenbund*

Dr. MariLuz Martín Nozal

*Internationaler Frauenrat*

Pnina Herzog

*Internationaler Hebammenverband*

Eva Selin

*Internationaler Verband der pharmazeutischen Industrie*

Sissel Brinchmann

*Internationaler Verband für Krankenhaustechnik*

Francisco Castella

*La Lèche League International*

Lavinia Belli  
Bettina Gerbeau

*Soroptimist International*

Claire Tedjini

*Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Professor Myriam Ovalle Bernal

*Weltverband für Balneologie und Klimatologie*

Dr. Dmitry Golobev

*Weltverband für psychische Hygiene*

Dr. Mariano Hernandez Monsalve

*Weltvereinigung für physikalische Therapeutik*

Inger Broendsted  
Dr. José Urrialde

*World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies*

Dr. Aldo Liguori  
Professor Filomena Petti  
Dr. Christian Rempp  
Arne Kausland

*World Federation for Medical Education*

Professor Margarita Baron-Maldonado

*World Self-Medication Industry*

R. García Gutierrez

**VII. BEOBACHTER***Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO*

Dr. Marko Bitenc  
Dr. René Salzberg

*Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO*

Professor Myriam Ovalle Bernal

*Malteserorden*

Ferdinand Orssich de Slavetich

*Royal College of Physicians*

Dr. Ian Kunkler

*Vereinigung der Ausbildungsstätten für öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region*

Dr. Angel Otero Puime

*Anhang 4*

## ANSPRACHE DER WHO-GENERALDIREKTORIN

Sehr geehrte Frau Exekutivpräsidentin,  
Sehr geehrter Herr Dr. Danzon,  
Sehr geehrte Minister,  
meine Damen und Herren,

die furchterlichen Ereignisse, die sich in dieser Woche in den USA abgespielt haben, waren für uns alle ein Schock. Wir empfinden tiefe Trauer über den tragischen Verlust an Leben und das schreckliche menschliche Leiden. In dieser Lage ist es nur umso wichtiger, dass wir die Formen unserer ständigen Zusammenarbeit stärken. Wir müssen auch weiterhin die Grundsätze und Wertvorstellungen hochhalten, die schon immer ein Leitstern unserer Arbeit für die Weltgesundheit waren.

Der Regionaldirektor hat Ihnen bereits ausführlich Bericht erstattet und Sie haben schon über einige von ihm angesprochene Fragen von gemeinsamem Interesse diskutiert. Deshalb will ich mich auf einige wenige Themen konzentrieren, die, wie ich weiß, für dieses Regionalkomitee relevant sind.

Die Herausforderungen im Zusammenhang mit schlechter Gesundheit und Armut haben bereits einen zentralen Platz in Ihren Diskussionen eingenommen. Es wird Sie nicht erstaunen, von mir erneut zu hören, dass Krankheit Millionen Menschen die Chance nimmt, ihr Lebenspotenzial zu verwirklichen. Das Leid dieser „benachteiligten Millionen“ stellt eine große Herausforderung an die führenden Politiker in der Welt dar, die die Gestaltung der Welt für die künftigen Generationen beeinflussen.

Innerhalb der Europäischen Union ist die Zahl der als arm eingestuften Personen im letzten Jahrzehnt gestiegen. Wie Sie bereits angesprochen haben, kommt Armut sogar in den Mitgliedstaaten mit dem größten Wohlstand vor. Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit haben Auswirkungen auf alle Mitglieder der Gesellschaft. Globalisierung bedeutet, dass die Folgen der Armut auch in weiter Ferne spürbar werden und sowohl die gesundheitlichen Resultate als auch die Einstellung der Menschen über ihre Aussichten auf eine gesunde Zukunft beeinflussen.

Heutzutage hat sich die Schere zwischen den Wohlhabenden und den Habenichtsen noch weiter geöffnet. Nur einige wenige Privilegierte haben Zugang zu den Früchten von Innovation und neuen Technologien. Diese Kluft wird in schmerzlicher Weise deutlich innerhalb der Europäischen Region – in Ländern, in denen sich nach einem durch eine dramatische Verschlechterung gekennzeichnetem Jahrzehnt jetzt allmählich ein Wirtschaftsaufschwung abzeichnet. Die an Sie, die Gesundheitsexperten der Region, gerichtete Herausforderung lautet: diesen Aufschwung zu nutzen und damit zu beginnen, das gesundheitliche Gefälle zu beseitigen.

Das WHO-Sekretariat hilft Ihnen, dieser Herausforderung zu begegnen. Wir teilen Ihr Engagement für die Verbesserung des Zugangs **aller** Bürger zu effizienten Gesundheitssystemen. Das bedeutet eine Schwerpunktlegung auf die Personen und Bevölkerungsgruppen mit dem größten Bedarf: Die Sicherstellung des Zugangs zu einer Basis-Gesundheitsversorgung, zu Gesundheitsförderung; zu allen Lebensnotwendigkeiten – Möglichkeiten für die Gesundheitsberufe, eine gute Versorgungsqualität für den Einzelnen wie auch für die Bevölkerung insgesamt zu gewährleisten – Sicherung des Zugangs für die Öffentlichkeit wie auch für die Entscheidungsträger zu brauchbaren Informationen – Bereitstellung der Technologie, um diese Informationen verfügbar zu machen – Aufbau der Infrastruktur und Institutionen, die die Grundlage für funktionierende Gesundheitssysteme bilden – Etablierung von Verfahren, um die Wahrscheinlichkeit zu vergrößern, dass diese Systeme auch wie vorgesehen funktionieren. Wir wissen, dass Sie mehr von der WHO verlangen. Wir wappnen uns, Sie nach besten Kräften zu unterstützen.



Liebe Kollegen,

Armut – wie auch immer sie definiert wird – ist die wichtigste Determinante von schlechter Gesundheit. Gleichzeitig gibt es immer mehr Beweise dafür, dass arme Menschen, wenn ihre Gesundheit schlecht ist, geringere Aussichten haben, ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern. Daher mehrt sich die Erkenntnis, dass Gesundheit eine wichtige Grundlage für die Bekämpfung von Armut und für die Sicherheit des Menschen ist.

Im letzten Jahr haben wir ein weltweit wachsendes Bewusstsein über die Notwendigkeit, sehr viel mehr in die Gesundheit aller Menschen zu investieren, gesehen. Wirkungsvolle Investitionen für gesundheitliche Chancengleichheit werden jetzt als unabdingbar für die menschliche und wirtschaftliche Entwicklung benachteiligter Gesellschaftsgruppen angesehen.

Diese neue Sichtweise ist von der Commission on Macroeconomics and Health und ihren sechs Arbeitskreisen genau untersucht worden. Die Kommissionsmitglieder, unter der Leitung von Professor Jeffrey Sachs von der Harvard Universität, sollen ihren Bericht Ende dieses Jahres veröffentlichen. Ich erwarte, dass sie darin dringend eine drastische und rasche Intensivierung der Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit – und Perspektiven – der ärmeren Bevölkerung in der Welt – fordern.

Einige Länder reagieren bereits auf eine solche Forderung. Sie verpflichten sich, mehr für Gesundheit zu investieren und auf bisherigen Bemühungen, die sich als erfolgreich erwiesen haben, aufzubauen. Sie versuchen, überall zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren – von Geberstellen, Stiftungen, Entwicklungsbanken und Freiwilligenorganisationen. Sie pflegen Partnerschaften auf der Grundlage von gemeinsamen Zielen und Werten, bringen auf staatlicher wie auch auf nichtstaatlicher Ebene Gruppen zusammen. Sie suchen neue – prinzipientreue – Bündnisse mit privaten Gremien. Denn Sie wissen, dass keine Regierung, Organisation, Initiative von Freiwilligen oder Interessengruppe auf sich allein gestellt eine Lösung finden kann – gewiss nicht, ohne ihre Bemühungen mit denjenigen der bürgerlichen Gesellschaft und politischen Führungskräften zu koppeln.

Die internationale Gemeinschaft hat ebenfalls reagiert, und das nicht nur mit Worten. Auf der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung, auf der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen über HIV/Aids sowie auf dem G8-Gipfel in Genua haben wir das feste Engagement gehört, die für Gesundheit global zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erhöhen. Regierungen, freiwillige und private Gremien gehen bereits neue Verpflichtungen ein.

Die Dimension der für Gesundheit benötigten neuen Ressourcen ist enorm. Mindestens 10 Milliarden Dollar pro Jahr. Das heißt, dass jegliche verfügbaren Ressourcen so effizient wie überhaupt nur möglich eingesetzt werden **müssen**. Zu diesem Zweck bringen wir – in der WHO – Regierungen, Forschungseinrichtungen, Unternehmen des Privatsektors und internationale Organisationen zusammen. Wir tun dies auf eine Art und Weise, die die Synergie der Zielvorgaben und Strategien fördert. Wir erkennen an, dass solche Bündnisse nicht einheitlich sind und sich im Laufe der Zeit ändern können. Wir würdigen, dass jeder Partner seine eigenen Prioritäten hat und dass eine Wirkung und der jeweilige Nutzen gesehen werden müssen.

Wenn jedoch verschiedene Organisationen zusammenkommen, um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern, werden sie häufig davon beeinflusst, was die anderen jeweils tun. Die Folgen einer schlechten Koordination sind in menschlichem Leiden zu messen: Die WHO sieht schlecht koordinierte internationale Hilfe als ein Zeichen für Misserfolg an. Andererseits kann die Dynamik gemeinsamer Ziele und Synergie ganz beachtlich sein.

Der Globale Aids- und Gesundheitsfonds wird koordinierten internationalen gesundheitsbezogenen Maßnahmen wichtige Impulse geben. Es ist geplant, dass der Fonds bis Ende des Jahres seine Arbeit aufnehmen kann. Nach Meinung der WHO muss der Fonds seinem Namen gerecht werden und ein **globaler** Fonds sein. Das heißt, dass er den in Not befindlichen Menschen in allen Regionen, einschließlich dieser Region, Nutzen bringen muss.

Wir gehen davon aus, dass der Fonds **zur effizienteren Funktionsweise von unterfinanzierten Gesundheitssystemen** anregt. Das heißt, die Kapazität ganz unterschiedlicher Leistungsanbieter, unentbehrliche Dienste und Güter über eine Vielzahl von privaten, freiwilligen und öffentlichen Kanälen liefern zu können, zu verbessern. Der Akzent muss dabei selbst in komplizierten Notsituationen auf einer erweiterten Verantwortlichkeit der Regierungen liegen, so dass Qualität sichergestellt ist und der beabsichtigte Nutzen auch wirklich den armen Menschen zugute kommt.

Viele Länder haben Reformen des Gesundheitssystems eingeleitet. Es ist klar, dass Reformen, die nicht zu besseren Resultaten führen, nicht erfolgreich sind. Innerhalb dieser Region liegen viele Erfahrungen über gezielte – und erfolgreiche – Reformen des Gesundheitssystems vor. Die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitsreformen bietet Analysen und Synthesen, aus denen wir alle lernen.

Es ist unwahrscheinlich, dass Gesundheitsreformen ohne **Einbeziehung der Öffentlichkeit in gesundheitsbezogene Maßnahmen** auf lokaler, nationaler, regionaler und globaler Ebene nicht erfolgreich sein können. Das setzt glaubwürdige und überzeugende Förderprogramme voraus. Die Erfahrungen in dieser Region haben gezeigt, dass die führenden Fachkräfte, Politiker, die Medien und prominente Persönlichkeiten eine maßgebliche Rolle bei Aktionen für die Gesundheit spielen – sei es in Städten, Betrieben oder Schulen. Typischerweise arbeiten Regierungen und örtliche Behörden mit Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs), Berufsverbänden und den Medien zusammen. Sie alle erkennen die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit an, um „zu erreichen, dass die Kräfte der Globalisierung für die sichere Zukunft der Menschheit arbeiten“.

Sehr geehrte Frau Exekutivpräsidentin, sehr geehrte Delegierte,

die Führungskräfte in der Welt haben die verheerenden Auswirkungen von HIV-Infektionen und Aids auf unsere Gesellschaft weltweit herausgestellt. Aids bedeutet eine Herausforderung für alle Gesundheitsberufe. In dieser Region sind die absoluten Infektionsraten noch relativ niedrig. Das ist eine gute Nachricht. Wenn wir aber nicht jetzt entschlossen und gemeinsam handeln, wird daraus bald eine sehr schlechte Nachricht. Verschiedene mittel- und osteuropäische Länder sowie neue unabhängige Staaten erleben bereits einen besorgniserregenden Anstieg der HIV-Infektionsraten. Vor zehn Jahren haben wir ähnliche Zahlen in einigen afrikanischen Ländern gesehen. Unser gemeinsamer Respon hat nicht ausgereicht, um der Verbreitung Einhalt zu gebieten. Die Dimension der menschlichen und wirtschaftlichen Folgen für die Menschen in einigen Ländern ist extrem. Wir müssen eine ähnliche Katastrophe in dieser Region verhindern.

Die Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen über HIV im Juli dieses Jahres hat sich mit Strategien und Interventionen befasst, die der Verbreitung von HIV-Infektionen Einhalt gebieten können. Wir alle sind zu einer besseren Reaktion verpflichtet – um anderen Menschen zu helfen, sich gegen eine Infektion zu schützen und um zu erreichen, dass mehr HIV-Infizierte Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erhalten.

Der Ruf nach einer außerordentlichen und mutigen Reaktion muss verstärkt werden.

Wir müssen Präventionsbemühungen, die sich auf bekannte Risiken konzentrieren, intensivieren und eine bessere Überwachung von Infektionen vornehmen. Wir müssen dies in einer Art und Weise tun, die die Rechte und Würde des Menschen respektiert. Wir müssen den Zugang zu richtiger Diagnose und Therapie als Teil der generellen Reaktion auf HIV verbessern.

Ich habe verfügt, dass die WHO ihren Beitrag zu diesem Kampf verstärkt. Unser Ziel lautet, dazu beizutragen, dass effizientere Gegenmaßnahmen gefunden und wirkungsvoll umgesetzt werden, und zwar in einer Art und Weise, die die kulturellen Traditionen der Völker berücksichtigt und der sozialen Realität Rechnung trägt.

Parallel zu HIV/Aids weitet sich die Tuberkulose-Epidemie in dieser Region aus. Im letzten November konnte ich in Moskau die Tragödie miterleben, wie sich TB unter Gefängnisinsassen verbreitet und wie die Multiresistenz gegen TB wächst.

Vor kurzen ist es der Global TB Drug Facility gelungen, die Preise der wichtigsten Tuberkulosemedikamente drastisch zu senken, dazu gehören auch einige Arzneimittel, die zur Bekämpfung von multiresistenten Stämmen nötig sind. Kontrollierte Therapieansätze zeigen ihre Wirkung. Wir machen Fortschritte, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass jeder eine erschwingliche Therapie erhalten kann. Mit der Entwicklung eigener Aktionspläne werden die Länder in die Lage versetzt, aus diesen Fortschritten Nutzen zu ziehen. Mit Interesse sehen wir dem bevorstehenden Stop-TB Partnerforum in Washington im nächsten Monat entgegen und erwarten erfolgsversprechende Sachstandsberichte.

Liebe Kollegen,

die WHO hat eine ganze Bandbreite von Partnerschaften für gesundheitliche Maßnahmen vermittelt, die sie jetzt auch unterstützt. Das Globale Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung zeitigt bereits Erfolge. Die Kampagne zur Polioausrottung macht ungewöhnlich gute Fortschritte: In weiten Teilen der Region gilt die Kinderlähmung bereits als eine der Vergangenheit angehörende Bedrohung. Die Anfang des Jahres in Bulgarien entdeckten Fälle erinnern uns jedoch daran, dass keiner von uns wirklich sicher ist, bevor die gesamte Welt poliofrei erklärt ist.

Die WHO erleichtert aber auch von anderen durchgeführte Maßnahmen, die weit reichende Auswirkungen haben können. In diesem Sommer haben wir eine neue Initiative vorgelegt, mit der wir den Zugang zu Gesundheitsinformationen verbessern wollen. Die WHO hat ganz konkret dazu beigetragen, dass mit einigen der großen internationalen Verlage für biomedizinische Literatur ein Vertrag zustande kam, der über das Internet den kostenlosen Zugriff auf rund tausend wissenschaftliche Zeitschriften ermöglicht. Tausende von Gesundheitsfachkräften und Wissenschaftlern haben damit Zugang zu wesentlichen Informationen. Mehrere Länder dieser Region können sich an dieser Initiative beteiligen.

Liebe Kollegen,

in dieser Region hat die WHO bei der Arbeit im Bereich Umwelt und Gesundheit die Führung übernommen, wobei das Schwergewicht auf den Themen Gesundheit von Kindern, Verkehr und Gesundheit und – sehr wichtig – dem besseren Zugang zu Trinkwasser und einer sicheren Abwasserentsorgung liegt. Das in der Europäischen Region Gelernte wird durch eine Vielzahl engagierter Partner in anderen WHO-Regionen angewandt.

Die WHO arbeitet mittlerweile mit Ihnen allen daran, gegen die durch psychische Gesundheitsdefizite und Hirnleistungsstörungen verursachte Belastung vorzugehen. In den meisten Ländern stehen für die Arbeit auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten nur spärliche Mittel und personelle Ressourcen zur Verfügung. Doch **es gibt** inzwischen neue und wirksamere Möglichkeiten der Behandlung und Prävention von Gehirnleistungsstörungen und psychischen Krankheiten. Folglich konzentriert sich die moderne Gesundheitsversorgung in diesem Bereich stärker auf die Unterstützung der Familie im Rahmen der Gemeinde. Sie ist auf Prävention, Früherkennung und frühzeitige Behandlung ausgerichtet und arbeitet mit wirksamen und relativ preiswerten Arzneimitteln.

Europa ist hinsichtlich der Entwicklung und Umsetzung neuer Strategien zur Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen schon relativ weit gekommen. Die Bemühungen einiger Länder können dabei als vorbildliche Modelle eines wirksameren, professionelleren und auch menschlicheren Vorgehens gegen psychische Gesundheitsprobleme gelten. Doch hat, wie in der erst im Juni dieses Jahres verfassten „Erklärung von Athen“ verdeutlicht wurde, auch diese Region noch einen weiten Weg vor sich, bevor wir unser Wissen über Präventionsmöglichkeiten, den wirksamen Medikamenteneinsatz, die Unterstützung im Rahmen der Gemeinde und die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in aktives Handeln umsetzen können, das das Leben von Millionen von Menschen, die an psychischen Krankheiten leiden, verbessert.

Der kommende Weltgesundheitsbericht, der am 4. Oktober erscheint, bietet einen globalen Überblick über die derzeitige und künftig zu erwartende Last der psychischen Gesundheitsprobleme und die wichtigsten zu diesen Problemen beitragenden Faktoren. Er zeigt Strategien auf, mit denen sich sicherstellen lässt, dass wirksame Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind **und** angemessen finanziert werden.

Diese Region hat sich führend auf das Problem konzentriert, dass Alkohol das Leben junger Menschen zerstören kann. Viele von uns kamen im Februar bei der Europäischen ministeriellen Konferenz in Stockholm zusammen, um Gegenmaßnahmen zu planen.

Diese Konferenz fand vor einem ernsten Hintergrund statt. In der gesamten Region mehren sich die Anzeichen dafür, dass sich die Trinkgewohnheiten von Jugendlichen in eine alarmierende Richtung entwickeln. Ich freue mich sehr darüber, dass sich allmählich eine Reaktion auf diese Herausforderung abzeichnet. Eine deutliche Erklärung wurde verabschiedet. Einige Länder haben bereits eine neue Politik eingeführt, beziehen die Jugendlichen in den programmatischen Arbeitsprozess ein und wahren zugleich einen angemessenen Abstand zu kommerziellen Interessen.

Es freut mich auch, dass die Europäische Union im Juni zwei alkoholbezogene Maßnahmen beschlossen hat, die inhaltlich mit dem Europäischen Alkoholaktionsplan der WHO übereinstimmen. Die EU forderte zur internationalen Zusammenarbeit – insbesondere mit der WHO – auf, um die Fortschritte zu verfolgen und Erfahrungen auszutauschen.

Liebe Kollegen,

der Tabak stellt auch weiterhin eine ungeheure Bedrohung für die Gesundheit der Menschen in der gesamten Europäischen Region dar. Besonders besorgniserregend finde ich den raschen Anstieg der tabakbedingten Erkrankungen und der Sterbefälle bei Frauen.

Viele mittel- und osteuropäischen Länder und NUS sind mittlerweile zu wichtigen Zielobjekten der nach neuen Märkten suchenden Tabakindustrie geworden. Es freut mich jedoch, dass die WHO mit den Ländern an Gegenmaßnahmen arbeitet, die dazu beitragen sollen, dass weniger Jugendliche zu Rauchern werden oder diejenigen, die das Rauchen aufgeben wollen, die Möglichkeit dazu erhalten. Hier bleibt noch sehr viel mehr zu tun. Deshalb müssen sich die Regierungen auch weiterhin aktiv an den Verhandlungen über die WHO-Antitabak-Rahmenkonvention beteiligen, bis das Übereinkommen, hoffentlich im Jahr 2003, fertiggestellt ist.

Inzwischen sehen wir uns täglich mit der Debatte über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Resultate der medizinischen Forschung konfrontiert.

Ein Großteil der biomedizinischen Forschung findet heute in den Industrieländern statt und richtet sich in erster Linie an den Markterfordernissen aus. Dies ist ethisch nicht akzeptabel. Wenn sich dieses Muster nicht ändert, wird sich die Kluft zwischen den Industrie- und den Entwicklungsländern noch vertiefen. Die gesundheitlichen Bedürfnisse der armen Nationen werden nicht die ihnen gebührende Aufmerksamkeit erhalten.

Die Forschungsprogramme der WHO tragen dazu bei, diese Kluft durch die Schaffung internationaler Netzwerke zu überbrücken. In diesen Netzwerken arbeiten Forscher aus aller Welt gemeinsam so zusammen, dass für ihre Arbeit maximale Erfolgsaussichten gegeben sind. Die aus den Ländern dieser Region kommenden Wissenschaftler spielen dabei eine Schlüsselrolle.

Die Gesundheitsfachkräfte dieser Region stehen jedoch ständig vor der schwierigen Entscheidung, wie sie die Ressourcen, über die sie verfügen, einsetzen sollen. Diese Entscheidungen sind kompliziert und beinhalten häufig ethische Problemstellungen.

Die Regionalbüros der WHO und die Abteilungen im Hauptbüro helfen den Ländern, einen Weg zur Handhabung komplizierter ethischer Problemkomplexe zu finden, z.B. durch die Festlegung von Verhaltensregeln für die Forschung am Menschen. Jetzt ist es an der Zeit, das bisher Geleistete zusammenzutragen.

Ich schlage deshalb vor, eine WHO-weite Initiative zur Gesundheitsethik zu starten, die ihren Sitz – anfänglich – in meinem Sekretariat haben sollte. Der Schwerpunkt dieser Initiative wird auf den Themen *Ethik im Gesundheitsbereich*, *Ethik der Gesundheitsforschung* und *Ethik der Biotechnologie* liegen. Es geht dabei um die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten der Arbeit am menschlichen Genom, um die Stammzellenforschung, um das Klonen und andere Ethikkomplexe der Biomedizin. Die Initiative wird es den Mitgliedstaaten ermöglichen, qualifizierter mit ethischen Problemstellungen umzugehen und zwischenstaatliche Maßnahmen zu unterstützen, sei es im Rahmen der Vereinten Nationen, in regionalen Institutionen oder durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Organen wie dem Europarat. Wir werden eng mit der Generalversammlung der Vereinten Nationen und mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen (u. a. der UNESCO) zusammenarbeiten und uns dabei die Pionierarbeit zunutze machen, die von den Mitgliedstaaten dieser Region und vom WHO-Regionalbüro für Europa geleistet wird.

Liebe Kollegen,

im März habe ich in Uppsala bei einer wichtigen Tagung zum Thema Lebensmittelsicherheit gesprochen.

Bei dieser Gelegenheit habe ich drei wichtige Aufgaben umrissen, die in Europa auf dem Gebiet der Lebensmittelsicherheit gelöst werden müssen.

- Wir müssen akzeptieren, dass die Systeme, mit denen wir in Europa die Lebensmittelsicherheit sicherzustellen suchen, nicht so gut sind, wie wir uns das bisher eingebildet haben. Deshalb müssen wir die gesamte Kette vom Bauernhof bis zum Tisch der Verbraucher überdenken, wenn wir diese Systeme verbessern und das Vertrauen der Verbraucher zurückgewinnen wollen.
- Wir müssen sicherstellen, dass es für die Lebensmittelsicherheit sinnvolle, weltweit gültige Normen gibt, und wir müssen allen Ländern helfen, dieses Sicherheitsniveau zu erreichen. Auf die Dauer liegt dies in unserem eigenen Interesse. Wenn wir das nicht tun, können die Entwicklungsländer nicht an den globalen Handelssystemen teil haben.
- Wir müssen globale Standards für die Genehmigung von genetisch modifizierten Lebensmitteln schaffen, die greifen, **bevor** diese auf den Markt kommen, um sicherzustellen, dass diese neuen Produkte nicht nur sicher, sondern auch zuträglich für die Verbraucher und effizienter als bereits vorhandene Erzeugnisse sind.

Ich bin froh über die regionalen Initiativen zur Lebensmittelsicherheit, die mit Unterstützung der WHO vorangetrieben wurden, vor allem über die Rolle der Gesundheitsministerien, die im Zusammenhang mit Regulierungsprozessen und rechtlichen Rahmenbestimmungen als Fürsprecher der Verbraucher auftreten.

Liebe Kollegen,

die WHO arbeitet immer **für** die Länder, doch nur teilweise **in** den Ländern. Die Länderarbeit ist jedoch sehr wesentlich, weshalb unsere Ländervertreter im Mittelpunkt all unserer Bemühungen stehen.

Wir sind entschlossen, die Arbeitskapazität der WHO-Teams in den Ländern, die uns am meisten brauchen, zu verbessern, so dass sie besser gerüstet sind, dort zu einer besseren Gesundheit der Bevölkerung und zur Beseitigung von gesundheitlichen Verteilungsungerechtigkeiten beizutragen. Die WHO-Ländervertreter und die Regionalbüros spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie werden sich auf unsere jüngsten Erfahrungen stützen, die wir bei der Festlegung von Strategien für die Zusammenarbeit mit einzelnen Ländern sammeln konnten, und ihre Arbeit durch den Beschluss dieses Regionalkomitees, die wirksame Arbeit auf Länderebene noch mehr zu betonen, gestärkt sehen.

Die Arbeit der WHO-Regionalbüros und der Abteilungen des Hauptbüros ist in der 1999 von den Mitgliedstaaten für das WHO-Sekretariat vereinbarten Unternehmensstrategie zusammengefasst. Dies ist die Grundlage des Allgemeinen Arbeitsprogramms für den Zeitraum 2002 bis 2005.

Im Jahr 2000 erarbeitete das Sekretariat einen Strategischen Programmhaushalt, in dem für die gesamte Organisation 35 Arbeitsbereiche festgelegt wurden. Dieses Papier bildet die Grundlage für die angestrebten Resultate, für die wichtigen Etappenziele, die Aktivitäten und die Zuweisung von ordentlichen und außerordentlichen Haushaltsmitteln im Haushaltszeitraum 2002–2003.

In den kommenden Monaten werde ich mit den Regionaldirektoren an einem Vorschlag für globale Prioritäten im nächsten Haushaltszeitraum, 2004–2005, arbeiten. Dabei werden wir uns auch auf die Ergebnisse Ihrer Beratungen bei diesem Regionalkomitee stützen. Meine Vorschläge werden dann dem Exekutivrat vorgelegt, wenn dieser im Januar 2002 in Genf zusammentritt.

Die WHO und die Europäische Union sind im Gesundheitsbereich natürliche Kooperationspartner, weshalb es mich sehr freut, dass sich unsere Zusammenarbeit in den letzten beiden Jahren so positiv entwickelt hat. Die Zusammenarbeit findet ihren Ausdruck in den Verbindungen der EU-Mitgliedstaaten mit dem WHO-Regionalbüro für Europa und unserem Hauptbüro in Genf. Die Zusammenarbeit der WHO mit der Europäischen Kommission wird zudem durch den im letzten Jahr unterzeichneten Briefwechsel gestärkt und gründet sich auf einen sehr offenen und positiven Dialog über den neuen Aktionsrahmen für Maßnahmen zur Bekämpfung wichtiger übertragbarer Krankheiten und über den Zugang zu Arzneimitteln, aber auch über von Antitabak-Maßnahmen sowie Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Der Briefwechsel ermöglicht es uns, zu einer Vielzahl von Problemen eine breite und systematische Zusammenarbeit zu etablieren. Vorgesehen sind jährliche Tagungen auf politischer Ebene und in fachlichen Fora, die einer Bestandsaufnahme der bestehenden Zusammenarbeit, der Überprüfung von Prioritäten und der Planung für die Zukunft dienen sollen.

Liebe Kollegen,

als Gesundheitsfachkräfte sehen wir uns alle mit ungeheuren Aufgaben konfrontiert. Die Menschen hegen höhere Erwartungen als je zuvor. Wir reagieren auf diese legitimen Erwartungen so, dass wir die gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern und zur Bekämpfung von Armut beitragen.

Diese Wertvorstellungen liegen unserem gesamten Handeln – als WHO-Mitgliedstaaten und WHO-Sekretariat – zugrunde.

Arbeiten wir gemeinsam für einen konstruktiven und erfolgreichen Verlauf dieser Tagung und dafür, dass wir im kommenden Jahr in der gesamten Region wirksame Gesundheitsmaßnahmen treffen können.

Ich danke Ihnen.

*Anhang 5*

## ANSPRACHE DES WHO-REGIONALDIREKTORS FÜR EUROPA

**EINLEITUNG**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Delegierte der Mitgliedstaaten der Europäischen Region, sehr geehrte Teilnehmer der 51. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, liebe Kollegen vom WHO-Hauptbüro und vom WHO-Regionalbüro für Europa,

seit dem letzten Regionalkomitee in Kopenhagen ist die Europäische Region Schauplatz zahlreicher Ereignisse gewesen. Manchmal waren das dramatische Ereignisse, da unsere Region noch von zahlreichen Konflikten betroffen ist, oder aber auch besorgniserregende Ereignisse für die Bevölkerung und die Regierungen, vor allem in den ärmsten Zonen. Im Laufe dieses Jahres hatte ich das Privileg, die meisten dieser Länder besuchen zu können. Ich habe die Niedergeschlagenheit und das Leid in den von Umweltkatastrophen und manchmal plötzlich auftretenden Epidemien direkt betroffenen Gebieten gespürt.

Aber im Laufe dieses Jahres hat es auch erfreuliche Ereignisse gegeben: Konflikte wurden vermieden oder können hoffentlich bald ausgeräumt werden, wissenschaftliche Fortschritte wurden erzielt und im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurden echte, wenngleich häufig weniger spektakuläre Fortschritte erzielt. Während unserer Besuche und Missionen konnten meine Kollegen und ich feststellen, mit welchem Ernst die Reformen des Gesundheitssystems durchgeführt und gemanagt werden. Wir stellen in allen Bereichen der Gesellschaft ein wachsendes Interesse an Gesundheitsfragen und möglichen neuen Ansätzen zur Beurteilung der Auswirkungen auf die Gesundheit fest. Wir sehen auch das zunehmende Interesse der Öffentlichkeit an Gesundheitsfragen und die Bemühungen in den Fachkreisen um eine Verbesserung der Arbeitsqualität. Die ersten Auswirkungen der Konferenz und Erklärung von München für das Pflege- und Hebammenwesen sind bereits zu spüren. Das Thema Qualität der Gesundheitssysteme gehört sicher zu den Themen, die augenblicklich sowohl die Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch die Entscheidungsträger beschäftigen. Dank der Verbesserung der beruflichen Ausbildung, Teamarbeit und der Zulassungsverfahren sind auf diesem Gebiet bereits sichtbare Fortschritte gemacht worden.

Auch für das Regionalbüro ist das vergangene Jahr fruchtbar gewesen. Unser Ziel lautet: die Qualität unserer Dienste für die Länder zu verbessern und auf dieses Ziel besser zugeschnittene Arbeitsmethoden zu entwickeln. In meiner Rede gehe ich auf diese beiden externen und internen Aspekte ein. Anschließend werde ich einen Abriss der Vorhaben für das kommende Jahr geben.

**DIE WICHTIGSTEN TÄTIGKEITEN DES REGIONALBÜROS IN DIESEM JAHR****Jugend und Alkohol: die Konferenz von Stockholm**

Gemessen an der Beteiligung und dem Medieninteresse hat diese Konferenz eine breite Resonanz gefunden. Sie hat es ermöglicht, das Thema Alkohol, speziell aus dem Blickwinkel des Alkoholkonsums von Jugendlichen, in die richtige Perspektive seiner großen Bedeutung für die öffentliche Gesundheit zu rücken. Jeder vierte Todesfall unter jungen Männern der Altersgruppe 15–29 Jahre geht auf das Konto des Alkohols.

Die Konferenz hat die Tatsache erhellert, dass Alkoholkonsum unter Jugendlichen immer häufiger zur Sucht wird. Die einstimmig auf der Konferenz verabschiedete Erklärung enthält konkrete Vorschläge zur Bekämpfung dieses Problems. Die Anwesenheit von Jugendlichen auf der Konferenz hat zu einem offeneren Klima und einer direkteren Auseinandersetzung mit der Problematik beigetragen. Das ist ein Beweis dafür, dass es im Interesse liege, sich nicht nur auf die Experten zu beschränken, sondern auch auf andere Stimmen zu hören. Ich muss immer noch an den jungen Römer denken, der einen Politiker gefragt hat, wie lange man denn noch warten müsse, bis konkrete Maßnahmen den Absichtserklärungen folgen

würden; ebenso ist mir die Antwort eines Ministers im Gedächtnis geblieben, der seinen jungen ungedulden Gesprächspartner um mehr Verständnis für die Schwierigkeit seiner Aufgabe bat.

Auf dem diesjährigen Regionalkomitee ist eine besondere Sitzung dem Thema Alkohol und Jugend gewidmet und ein Resolutionsvorschlag wird Ihnen unterbreitet.

### **Psychische Gesundheit**

Auch das ist in diesem Jahr ein wichtiges Thema in einem globalen Rahmen. Die Europäische Region hat sehr positiv auf den Appell der WHO reagiert, die psychische Gesundheit von allen Tabus, mit denen sie häufig umgeben ist, zu befreien. Achtung der Patienten, Infragestellung der psychiatrischen Anstalten, Integration der psychischen Gesundheit in die Politik zur primären Gesundheit, Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit – überall in Europa werden diese Fragen bei Expertentreffen, in der Öffentlichkeit und mit Patienten angesprochen und erörtert. Verpflichtungen wurden eingegangen, damit die Postulate zur psychischen Gesundheit nicht isoliert verhalten, sondern eine Etappe in einem fortlaufenden Prozess sind. Ich selbst kann bezeugen, wie viel Emotion und Überzeugung ich gespürt habe, als ich in Finnland an der Seite der Präsidentin der Republik an einer öffentlichen Veranstaltung von Psychiatrie-Patienten und -Mitarbeitern teilgenommen habe.

In diesem Kontext müssen natürlich auch die während der Weltgesundheitsversammlung organisierten ministeriellen Gespräche am runden Tisch erwähnt werden, an denen zahlreiche Minister der Europäischen Region teilgenommen haben. Ich möchte ebenfalls die im Juni im Anschluss an das Athener Treffen über psychische Gesundheit und Gewalt verabschiedete Erklärung erwähnen. Diese von zahlreichen Ländern unterstützte Erklärung appelliert daran, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und sich gegen Stigma in einer von Krisen geschüttelten Welt zu wenden. Im Laufe des Monats Oktober wird der Weltgesundheitsbericht zu diesem Thema veröffentlicht. Wir bitten Sie sehr, diesen Bericht publik zu machen und mit uns weitere Maßnahmen im Nachgang zu den im vergangenen April eingeleiteten Initiativen zu organisieren.

Unser Fachreferat in Kopenhagen sowie unser hier in Madrid anwesendes Referat für Öffentlichkeitsarbeit stehen Ihnen in dieser Hinsicht gern zur Verfügung. Des Weiteren haben wir eine zusammenfassende Übersicht über die im April in jedem Land der Europäischen Region gestarteten Initiativen erstellt.

### **Der Stabilitätspakt**

Auf einem anderen Gebiet möchte ich die kürzliche Zusammenkunft (in Dubrovnik) der Länder des Stabilitätspakts ansprechen. In enger Zusammenarbeit mit unseren Kollegen vom Europarat haben wir in diesem Jahr erreicht, dass die Gesundheit Bestandteil der Bemühungen um Frieden und sozialen Zusammenhalt in den südosteuropäischen Ländern wird. Bei diesem Treffen wurden Projekte bezüglich der Gesundheit und besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen mit der Bitte um internationale Unterstützung vorgestellt. In diesem Fall haben sich das Regionalbüro für Europa und der Europarat für das Anliegen Gesundheit für die Entwicklung und den Frieden eingesetzt.

### **Abgereichertes Uranium**

Auf einem ganz anderen Gebiet erinnere ich ebenfalls an die Rolle, die das europäische Büro bei der Beurteilung der mit abgereichertem Uran im Kosovo verbundenen Risiken gespielt hat. Das Resultat dieser Mission hat die Notwendigkeit einer langfristigen Überwachung gezeigt. Im Augenblick konnten wir die betroffene Bevölkerung bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen einer radioaktiven Belastung durch abgereichertes Uranium beruhigen. Von der WHO wird erwartet, dass sie in der Lage ist, rasch, sachkundig und unabhängig zu intervenieren.

### **Sonstige fachspezifische Tätigkeiten**

Diese wenigen Beispiele, die ich wegen ihrer Deutlichkeit und Verschiedenartigkeit gewählt habe, dürfen uns nicht alle übrigen fachlichen Vorhaben vergessen lassen, die wir im Laufe dieses Jahres durchgeführt haben. Hier nenne ich insbesondere die Tätigkeiten im Bereich Gesundheitssysteme, die Netzwerke



(CINDI, Gesunde Städte), ferner die Tätigkeiten auf den Gebieten Ernährung und Lebensmittelsicherheit im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans, den Sie im vergangenen Jahr verabschiedet haben, die zahlreichen Tätigkeiten in zahlreichen Ländern bezüglich der Gesundheit von Frauen, speziell in Bezug auf Schwangere, Kinder und Jugendliche, sowie die Vorhaben zur Gesundheitsförderung in Schulen, in Justizvollzugsanstalten und am Arbeitsplatz. Die bevorstehende Eröffnung des Zentrums in Venedig wird diesem Bereich zweifelsohne eine neue Dimension verleihen, durch spezifische Berücksichtigung der Determinanten von Gesundheit. Wir werden dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees im November unsere Vorschläge zur Politik des Regionalbüros für die nicht in Kopenhagen ansässigen Zentren unterbreiten.

In Bezug auf den Umweltsektor möchte ich die Tagung erwähnen, die im letzten November in Budapest stattgefunden hat, und auf der zahlreiche Länder der Region die Fortschritte zur Realisierung des 1999 in London unterzeichneten Wasserprotokolls analysiert haben; ferner die Tagung im Mai in Genf über die gesundheitlichen Auswirkungen der Verkehrspolitik; die äußerst vielversprechende Eröffnung des Bonner Zentrums für städtische Umwelt; das Engagement der italienischen Regierung für das WHO-Zentrum von Rom für einen weiteren Zeitraum von zehn Jahren. Und schließlich möchte ich auf die hohe Qualität der Arbeit des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit bei der Vorbereitung der nächsten ministeriellen Konferenz (im Jahr 2004 in Budapest) hinweisen. In einer unserer Sitzungen werden wir auf dieses Thema zurückkommen.

Auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten nähern wir uns dem Zeitpunkt der offiziellen Bestätigung (im Jahr 2002) der Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region – trotz der Meldung von drei bestätigten Fällen in Bulgarien. Ich verweise nochmals auf die große Bedeutung eines hohen Impferfassungsgrads, einer sorgfältigen Überwachung in der gesamten Region und die Notwendigkeit, dass alle Länder ein Verzeichnis der Labore erstellen müssen, die Polio-Wildvirus lagern, um die Virusisolierung sicherzustellen. Die explosionsartige Zunahme von Aids in einigen Ländern der ehemaligen Sowjetunion in den letzten drei Jahren ist sehr beunruhigend. Die zuständigen Behörden schätzen die Zahl der in der Russischen Föderation HIV-positiven Personen auf mindestens 300 000. Besorgniserregend ist auch die Zunahme der Tuberkulose-Inzidenz mit 370 000 neuen Fällen in der Region im Jahr 1999, trotz unserer gemeinsamen Bemühungen. Diese Entwicklung wird überall in Europa und nicht nur im östlichen Teil der Region festgestellt, obgleich die Raten in der ehemaligen Sowjetunion 10- bis 15mal höher als in den westeuropäischen Ländern sind. Um dieses Kapitel über die übertragbaren Krankheiten mit einer positiven Meldung abzuschließen, weise ich darauf hin, dass die Zahl der in den betroffenen Ländern der Europäischen Region festgestellten Malaria-Fälle zurückgegangen ist.

Und nun noch ein Bereich, in dem die globalen Maßnahmen der WHO deutlich werden: Zugang zu Medikamenten – hier erwähne ich die unterstützende Funktion des Regionalbüros hinsichtlich der von der Generaldirektorin vorgegebenen Orientierung zur speziellen Unterstützung der mittel- und osteuropäischen Ländern in Bezug auf Arzneimittelvorschriften, Preisgestaltung, Erstattung und bedarfsgerechten Arzneimitteleinsatz.

Das ist, wie Sie sehen, eine Fülle von Tätigkeiten, die oft durch Ihre freiwilligen Beiträge unterstützt werden. Dennoch sind uns sehr, sehr enge Grenzen gesetzt, weil die erforderlichen Ressourcen fehlen. Die heutige Europäische Region mit ihren 51 Mitgliedsländern ist nicht mehr das, was sie vor 10 Jahren war, als ihr nur 30 Staaten angehörten – Länder, die in ihrer schwierigen Situation Hilfe benötigen; Länder, die Vertrauen in die Unabhängigkeit der WHO haben. Ich appelliere an Ihre Unterstützung, damit unsere ordentlichen und außerordentlichen Haushaltsmittel die Erfordernisse der Region widerspiegeln und damit wir unserer spezifischen Rolle im Dienste der Gesundheit voll und ganz gerecht werden können.

## **WEITERENTWICKLUNG DER ARBEITSMETHODEN DES REGIONALBÜROS**

In diesem Jahr hat sich unsere Arbeit größtenteils an dem Dokument über die Länderstrategie, das Sie im vergangenen Jahr angenommen haben, orientiert. Lassen Sie mich berichten, wie wir dieses Dokument in die Tat umgesetzt haben und welchen Umsetzungsstand wir jetzt erreicht haben.

Zunächst möchte ich auf die Entwicklung unserer Länderarbeit eingehen, dann auf unsere Zusammenarbeit mit unseren Partnern und schließlich auf die Entwicklung unserer internen Organisation.

### **Die Entwicklung unserer Länderarbeit**

Für diese Zusammenarbeit haben wir uns vorgenommen, spezifisch auf die Erfordernisse der Länder der Region insgesamt gesehen einzugehen, vor allem, indem wir ihnen helfen, evidenzbasierte und auf gute Praxis gestützte Politiken und Programme zu entwickeln. Die Schlussfolgerungen der auf dem letzten Regionalkomitee vorgelegten Evaluierung des EUROHEALTH-Programms haben uns ermutigt, weiter in diese Richtung zu gehen. Dementsprechend haben wir in den letzten Monaten eine Bestandsaufnahme unserer aktuellen Zusammenarbeit in Bezug auf die 28 Länder vorgenommen, die eine Kooperationsvereinbarung mit dem europäischen Büro haben. Mit jedem dieser Länder erörtern wir die vorrangigen Themen und die Gestaltung unserer Zusammenarbeit für den Zeitraum 2002–2003. Dabei greifen wir selbstverständlich auf die Kenntnisse und Erfahrungen der Fachreferate an unserem Büro zurück. Zum ersten Mal steht diese Phase der Verhandlungen mit den Ländern, um deren Erfordernissen und Prioritäten zu entsprechen, am Anfang des Planungszyklus, den wir spätestens bis zum 1. Januar 2002 abschließen müssen. Im Laufe unserer dem Haushalt gewidmeten Sitzung am Nachmittag werden wir auf dieses Thema zurückkommen.

In diesem Verhandlungsprozess zwischen den Ländern und dem Regionalbüro kommt den Koordinatoren maßgebliche Bedeutung zu und die Stärkung der Länderpräsenz unseres Büros muss ein wichtiges Ziel für die kommenden Jahre werden. Das ist einer der Gründe, weshalb die Haushaltsmittel für unsere Region unbedingt erhöht werden müssen, damit unsere Maßnahmen in den Ländern mit dem größten Bedarf effizient sind und sich bewähren. Das beste Beispiel dafür ist das Büro des WHO-Repräsentanten in Moskau, der über von verschiedenen Ländern beigesteuerte personelle und finanzielle Ressourcen verfügt, und bewirkt, dass die Tätigkeiten offenkundig, sinnvoll und anerkannt werden. In den kommenden Wochen ist eine Evaluation vorgesehen. Eine solche Evaluation kann, so hoffe ich jedenfalls, den Gebern und Mitgliedstaaten zeigen, dass sich die Investition in ein Länderbüro rentiert.

In diesem Jahr haben wir auch unsere Kenntnisse über den Bedarf der Länder der Region, mit denen wir keine Kooperationsvereinbarung haben, erweitert. Anfang Juli fand eine Tagung mit diesen Ländern in London statt. Auf dieser ersten Tagung des „Forums für die Zukunft“ wurde beschlossen, dass diese Gruppe ein Netzwerk zur raschen Reaktion auf eine Krise, die irgendein Land der Region betrifft, etabliert. Die Vertreter dieser Länder haben ebenfalls beschlossen, dass bei den Zusammenkünften des Forums jedes Jahr vier Themen erörtert werden, und zwar zwei neue Themen und zwei laufende Themen. In diesem ersten Jahr wurde über die folgenden Themen diskutiert: Qualität der Gesundheitsdienste, Krisenmanagement, Einfluss der elektronischen Medien auf das Verhalten der Öffentlichkeit und die medizinischen Praktiken sowie Information als Entscheidungshilfe. In Bezug auf den letztgenannten Punkt hat die Tagung in London gezeigt, wie sehr eine Intervention der WHO und des Regionalbüros im Besonderen erwartet wird. Wir werden Gelegenheit haben, darüber während der diesbezüglichen Sitzung am Mittwoch Morgen zu diskutieren.

Ebenfalls in der Perspektive der Verbesserung unserer Kenntnisse über den Bedarf der Länder wurden in diesem Jahr zwei interne Untersuchungen durchgeführt. Die erste Untersuchung betrifft die Länder des Stabilitätspakts, die andere die Kandidaten für den Beitritt zur Europäischen Union. Zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die Länder haben wir natürlich auch Nutzen aus unseren Zusammenkünften mit den dortigen Entscheidungsträgern, aus unseren Besuchen der Länder und aus unseren Missionen, die wir jetzt in größerem Umfang und systematischer durchführen, gezogen. Wir profitieren auf diesem Gebiet von unseren langjährigen Erfahrungen seit Einführung der Politik „Gesundheit für alle“ und während der anschließenden Etappen.

### **Die Entwicklung unserer Arbeit mit unseren Partnern**

Während dieses Jahres haben wir einige unserer Partnerschaften besonders gepflegt. Wir haben vor allem mit drei Partnern ganz konkrete Maßnahmen eingeleitet, und zwar mit dem Europarat, der Europäischen Union und der Weltbank.

### *Der Europarat*

Ich habe bereits unsere Zusammenarbeit im Rahmen des Stabilitätspakts und unsere Beteiligung an der Gruppe für die Initiative für sozialen Zusammenhalt angesprochen. Wir kooperieren ebenfalls mit dem Europarat in Bezug auf Themen, die die Gesundheit und die Menschenrechte sowie die Bioethik betreffen, außerdem ganz spezifische Themen wie etwa die Gesundheit und die Medien. Im Juni haben wir in Straßburg zusammen mit der Europäischen Kommission an der Tagung des Europäischen Gesundheitsausschusses des Europarats teilgenommen. Vierzig Mitgliedstaaten waren auf dieser „Premiere“ vertreten. Die große Mehrheit hat sich positiv über diese Initiative geäußert und unsere Kooperation befürwortet. Die aus dieser Zusammenkunft hervorgegangene Vereinbarung steht zu Ihrer Verfügung.

### *Die Europäische Union*

Auch hier hat es große Fortschritte in den letzten Monaten gegeben, vor allem aufgrund der zwischen der Generaldirektorin der WHO und dem Präsidenten der Europäischen Kommission unterzeichneten Vereinbarung. Dieser Rahmen fordert eine konstruktivere und spezifischere Zusammenarbeit zwischen der EU-Kommission und dem Regionalbüro. Auf zahlreichen Gebieten besteht bereits seit langem eine Zusammenarbeit. Ein Beweis hierfür war u. a. im letzten September die Tagung zur Koordination der Tätigkeiten der Europäischen Union und der WHO auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit, unter Beteiligung der für diesen Bereich zuständigen europäischen Kommissarin. Die zwischen den beiden Organisationen unterzeichnete Vereinbarung ermutigt uns zum Ausbau dieser Zusammenarbeit. Wir wissen, dass unsere Mitgliedstaaten uns auf dem hier eingeschlagenen Weg unterstützen. Im Oktober ist ein Treffen in Brüssel geplant, um die künftigen Themen und Methoden im Einzelnen festzulegen. Ich kann schon jetzt sagen, dass dabei die Themen Überwachung und Prävention von übertragbaren Krankheiten, Gesundheitsförderung sowie Umwelt zu unseren gemeinsamen Prioritäten gehören. Unsere Zusammenarbeit im Bereich Information wird ebenfalls verstärkt, in dem Bemühen, uns konstruktiv zu ergänzen und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

### *Die Weltbank*

Unsere Zusammenarbeit mit der Weltbank erfolgt vor allem direkt vor Ort in den Ländern, wo unsere beiden Organisationen präsent sind. Auf einem Treffen in Washington haben wir in jedem einzelnen Fall untersucht, wie unsere Maßnahmen kohärenter werden können und sich besser ergänzen. Ende dieser Woche kommen über zehn Mitarbeiter der Weltbank, die für die osteuropäischen Länder zuständig sind, zum Regionalbüro. Zweck dieses Treffens ist die Etablierung von Verfahren zur effizienteren Zusammenarbeit, die Erörterung der für unsere Zusammenarbeit prioritären Themen, insbesondere auf den Gebieten Infektionskrankheiten, Arzneimittel, Information und Umwelt. Wir werden ebenfalls auf diese Zusammenarbeit zurückkommen, und zwar während der Sitzung des Regionalkomitees zum Thema Partnerschaften.

Natürlich haben wir außer dieser Vertiefung unserer Beziehungen zu den drei zuvor genannten Partnern auch unsere Zusammenarbeit mit den Organisationen der Familie der Vereinten Nationen sowie mit den Nichtregierungsorganisationen, vor allem Fachorganisationen, fortgesetzt. Das Dokument „Partnerschaften für die Gesundheit“ befasst sich mit diesem Thema.

### **Entwicklung der Arbeitsmethoden innerhalb des Regionalbüros**

Diese Entwicklung orientiert sich an zwei Hauptrichtungen, die wir schrittweise verfolgen. Zuallererst geht es darum, eine auf Fakten basierende („evidenzbasierte“) und auf gute Praxis gestützte Arbeitsmethode zu fördern. Das gilt für den fachlichen Inhalt unserer Arbeit, für die Etablierung der Dienste für die Mitgliedstaaten sowie für die Leitung und Verwaltung unserer Organisation. In dieser Hinsicht haben wir einige Untersuchungen und administrative Prüfungen in verschiedenen Bereichen durchgeführt bzw. durchführen lassen. Diese Untersuchungen betreffen insbesondere die außerhalb des Büros etablierten Zentren, die WHO-Kooperationszentren, die Verbindungsbüros, die Büros für humanitäre Maßnahmen, die verschiedenen Aspekte in den Bereichen Informationen, Humanressourcen und Personalschulung. Dieses Management- und Entscheidungsinstrumentarium zusammen genommen liefert uns heute die Fakten als Grundlage für die Umsetzung der hinsichtlich der Neuausrichtung unserer Tätigkeiten erforderlichen Entwicklungen und Änderungen. Sämtliche Schlussfolgerungen werden wir dem Ständigen Ausschuss des

Regionalkomitees auf dessen Tagung im November unterbreiten, damit sie noch bis zum Ende dieses Jahres in der endgültigen Fassung vorliegen. Im Grunde genommen sind etliche der sogenannten Reformen bereits eingeführt worden. In dieser Übergangsphase habe ich es vorgezogen, anstatt eine radikale Methode zu wählen, die nötige Zeit zur Identifizierung der Probleme und schrittweisen Änderung der Arbeitsmethoden aufzuwenden. Gewissermaßen haben wir für unser Büro die Arbeitsmethoden angewandt, die wir für die öffentliche Gesundheit empfehlen.

Die zweite Richtung, an der wir die Entwicklung unserer Arbeitsmethoden orientieren, betrifft die Einbeziehung des Personals, und zwar nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch aus einer kollektiven Perspektive. Unlängst haben wir eine von „Qualitätskreisen“ inspirierte Initiative eingeleitet, derzufolge wir die Büroteams verpflichten, in Eigeninitiative die Anpassung und die Qualität ihrer Arbeit in systematischer und organisierter Weise zu überprüfen und zu verbessern.

Diese nötige Entwicklung unserer Arbeitsmethoden wird begleitet von einem Programm und einer gezielten Investition zur laufenden Fortbildung jedes einzelnen Mitarbeiters sowie einer Öffnung unseres Büros für Erfahrungen, über die externe Experten („Gast des Monats“) berichten und regelmäßig mit unserem Personal diskutieren.

Sie würden es mir nicht glauben, wenn ich Ihnen erzählen würde, dass alles gut geht. Übergangsphasen sind immer schwierig und beängstigend, doch kann ich das uneingeschränkte Engagement des Personals und die Qualität und Intensität der trotz aller Schwierigkeiten geleisteten Arbeit bezeugen. Auf unsere Beziehungen mit dem WHO-Hauptbüro werde ich heute nicht im Besonderen eingehen. Ich kann Ihnen nur versichern, dass wir einen loyalen Beitrag leisten, um „die WHO“ als einheitliche Organisation zu schaffen und dabei gleichwohl unseren Platz und die europäische Besonderheit in dieser Organisation wahren.

## **DIE KÜNFTIGEN HERAUSFORDERUNGEN**

In meiner Rede vom letzten Jahr habe ich die Herausforderungen und Möglichkeiten für die Gesundheit in den kommenden Jahren angesprochen. Ich möchte heute speziell auf die Herausforderungen und Möglichkeiten eingehen, die uns besonders wichtig erscheinen.

### **Information**

Während des ganzen Jahres ist bei praktisch allen Tagungen und Zusammenkünften die Frage immer wieder aufgetaucht, wie Information den gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozess erleichtern kann. Diese dringend an uns gerichtete Bitte, die Informationsverbreitung zu fördern, gute Quellen zu nutzen und brauchbare Analysen zu erstellen, richtet sich nicht nur an die WHO mit ihren eigenen Datenbanken, sondern an sämtliche internationale Organisationen, die auf diesem Sektor tätig sind. Wir sind der Überzeugung, dass die Multiplikation von Informationen in Wirklichkeit den Entscheidungsprozess eher kompliziert als erleichtert. Wir suchen deshalb mit unseren Partnern nach Mitteln, unseren Mitgliedstaaten die Informationen zu liefern, die sie auch wirklich brauchen. Das ist eine der Fragen, für die wir uns im kommenden Jahr Klärung erhoffen und dabei mit Ihrer politischen und fachlichen Unterstützung rechnen. Das Observatorium für Gesundheitssysteme ist ein gutes Beispiel für die kreative Kooperation im Informationsbereich zur Verbreitung der von den Usern als „nutzbringend“ anerkannten Informationen.

### **Anti-Tabak-Rahmenkonvention**

Das zweite große Vorhaben für das kommende Jahr ist die Anti-Tabak-Rahmenkonvention. Wir müssen noch mehr tun, damit die Europäische Region sich mit geballter Kraft für die Realisierung dieser für die öffentliche Gesundheit von immenser Bedeutung und für internationale Aktionen exemplarische Initiative einsetzt. Diese Gelegenheit wird uns jetzt durch die Konferenz von Warschau geboten, die im Februar 2002 stattfindet. Bis dahin sind Tagungen in verschiedenen Ländern vorgesehen. Ich hoffe, dass wir von der Präsenz aller Mitgliedstaaten auf diesem Regionalkomitee profitieren, um diese Vorbereitungen zu verstärken. Deshalb ist das am Regionalbüro für die Bekämpfung des Tabakkonsums zuständige Team hier mit uns in Madrid.

## **DAS REGIONALKOMITEE**

Lassen Sie uns nun am Schluss zum Regionalkomitee selbst kommen. Wie Sie erwarten wir uns davon sehr viel. Sie sind unser satzungsmäßiges Leitorgan. Ihre Kommentare, Kritiken und Anregungen sind für unsere Arbeit wichtig. Wir sehen dieser Tagung und diesem Dialog, der unsere Beziehungen mit dem Ständigen Ausschuss charakterisiert, mit großem Interesse entgegen. Außer den üblichen Sitzungen auf allen Tagungen des Regionalkomitees, die Sie gut kennen, werden diesmal vier ausgewählte Themen präsentiert und eingehender erörtert. Diese Themen habe ich bereits erwähnt, und zwar **Alkohol und Jugend; Information und europäischer Gesundheitsbericht; der Haushalt; sowie das Thema Armut**. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich auf der Sitzung über die Armut bestehe; dies ist zwar ein schwieriges Thema, doch der Ständige Ausschuss hat es auf der Agenda gelassen, um die fördernde Rolle des Regionalkomitees zu demonstrieren und um dessen Meinung einzuholen. Die Diskussion darüber wird noch nach der morgigen Sitzung weitergehen. Wir wünschen, dass Sie uns über Ihre Erfahrungen mit Initiativen – überall in der Region – zur Minderung der Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit unterrichten. Wir hoffen, aus den unterschiedlichen Fallstudien, die Sie uns liefern, Lehren für die anderen Länder ziehen zu können. Bei einem so Besorgnis erregenden Thema, das auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und einige Länder unserer Region voll zutrifft, ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die Erfahrungen der einen von Nutzen für die anderen sein können.

Ich möchte Sie noch auf folgende Beiträge außerhalb der offiziellen Sitzungen des Regionalkomitees hinweisen: den Bericht von Dr. Nabarro über Aids und den diesbezüglichen Sonderfonds, die wegen der in den letzten Jahren durchgeführten Reformen sehr lehrreiche Informationssitzung über das spanische Gesundheitssystem sowie eine Sitzung zum Thema Gesundheit in den Ländern, die sich um den Beitritt zur Europäischen Union bewerben.

Wie Sie gehört haben, wird die Sitzung über Partnerschaften mit anderen Organisationen in diesem Jahr in Form eines runden Tisches durchgeführt. Die auf dem Regionalkomitee anwesenden Nichtregierungsorganisationen können an diesem runden Tisch Fragen stellen oder sich auch in den anderen Sondersitzungen zu Wort melden. Wenn sie dies wünschen, können sie auch schriftliche Erklärungen einreichen.

## **ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG**

Nach dieser langen Rede möchte ich mit einer ganz kurzen Bemerkung abschließen: Wir zählen auf Ihre Hilfe, um in der richtigen Richtung fortzufahren.