



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa
62. Tagung

Malta, 10.-13. September 2012



Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa
62. Tagung

EUR/RC62/4
+ EUR/RC62/Conf.Doc./2

Malta, 10.–13. September 2012

18. Juli 2012

Punkt 4 der vorläufigen Tagesordnung

121313
ORIGINAL: ENGLISCH

Bericht des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa

Das vorliegende Dokument enthält einen konsolidierten Bericht über die Arbeit des Neunzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) auf dessen bisher vier regulären Tagungen im Laufe des Arbeitsjahres 2011–2012.

Der Bericht über die fünfte und letzte Tagung des 19. SCRC, die am 9. September 2012, dem Vortag der Eröffnung der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa, in Valetta (Malta) stattfindet, wird dem Regionalkomitee als Addendum zu diesem Dokument vorgelegt.

Die vollständigen Berichte der einzelnen Tagungen des SCRC können auf der Website des Regionalbüros (<http://www.euro.who.int/de/who-we-are/governance/standing-committee/eighteenth-standing-committee>) abgerufen werden.

Inhalt

	Seite
Einführung.....	1
Weiterverfolgung der Ergebnisse der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa.....	1
Vorbereitungen auf die 62. Tagung des Regionalkomitees	2
Vorläufige Tagesordnung und vorläufiges Programm.....	2
„Gesundheit 2020“ – das neue europäische Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden.....	3
Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit.....	5
Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region.....	5
Stärkung der Rolle der Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region.....	6
Weitere Entwicklung der neuen Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa ...	8
Vorarbeit für künftige Tagungen des Regionalkomitees	9
Weitere Entwicklung der neuen Kommunikationsstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa	9
Rahmenkonzept für eine Gesundheitsinformationsstrategie in der Europäischen Region	9
Strategie und Aktionsplan für die Europäische Region im Bereich psychische Gesundheit...	10
Reform der WHO.....	10
Haushalts- und Finanzfragen	10
Folgen für die Europäische Region.....	11
Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO	12
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO	12
Rede einer Vertreterin der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa.....	13
Anhang: Zusammensetzung des 19. SCRC (2011–2012).....	16

Einführung

1. Der Neunzehnte Ständige Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC) hat in seinem Arbeitsjahr 2011–2012 bisher vier Tagungen abgehalten:

- am 15. September 2011, unmittelbar nach Abschluss der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa (RC61), im Gülüstan-Palast in Baku (Aserbaidschan);
- am 14. und 15. November 2011 in der Münchenbryggeriet in Stockholm;
- am 19. und 20. März 2012 beim WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen;
- am 19. und 20. Mai 2012 am Sitz des WHO-Hauptbüros.

2. Auf der ersten Tagung des Ständigen Ausschusses wurde Dessislava Dimitrova (Bulgarien) einstimmig zur Stellvertretenden Vorsitzenden des 19. SCRC gewählt. Der Ständige Ausschuss war sich darüber einig, dass über Anträge auf Gewährung von Beobachterstatus auf seinen Tagungen von Fall zu Fall entschieden werden müsse, wie in Regel 3 seiner Geschäftsordnung festgelegt.

3. Nach dem Erfolg seiner offenen Tagung im Vorjahr und aufgrund der daraus gewonnenen Erkenntnisse würden die Arbeitsdokumente für die vierte Tagung über die ShareFile-Site des Regionalbüros an alle Mitgliedstaaten verteilt. Die offene Tagung, auf der Vertreter von insgesamt 15 Mitgliedstaaten sowie der Europäischen Union anwesend waren, wurde nach Maßgabe der Regel 3 der Geschäftsordnung des Exekutivrates durchgeführt.

Weiterverfolgung der Ergebnisse der 61. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa

4. Der SCRC begrüßte das Experiment mit parallelen Arbeitsgruppen während des RC61, doch wurde auch die Ansicht vertreten, es könne in Zukunft ratsam sein, die unterschiedlichen Erwartungen in Bezug auf derartige Arbeitsgruppen und die Diskussionen im Plenum zu verdeutlichen. Außerdem gelte es eine klare Unterscheidung vorzunehmen: zwischen Reaktionen auf in Podiumsdiskussionen der Minister angesprochene Fragen und Stellungnahmen zu vom Regionalkomitee zu prüfenden Resolutionsentwürfen. Die Minister könnten dazu eingeladen werden, jeweils mit einer kleinen Podiumsdiskussion einen Anstoß zu den Beratungen in den parallelen Arbeitsgruppen zu geben.

5. Der SCRC nahm die Forderung des Vertreters eines Mitgliedstaates zur Kenntnis, künftig für jeden Resolutionsentwurf die damit verbundenen Kosten zu konkretisieren. Er werde außerdem die Frage prüfen, inwieweit diese Kosten den Mitgliedstaaten selbst oder dem WHO-Sekretariat entstünden.

6. Auf seiner zweiten Tagung begrüßte der SCRC das gleitende Programm mit künftigen Tagesordnungspunkten und regte an, die Beteiligung der Minister an den Tagungen durch Zeremonien oder Veranstaltungen zur Veröffentlichung von zentralen Grundsatzdokumenten wie dem neuen europäischen Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“, zu fördern. Dennoch würden solche Dokumente auch künftig durch Resolutionen des Regionalkomitees formal angenommen oder bestätigt. Die strategische Konsultation durch das Europäische Forum für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter (EHPF) werde im Laufe des Jahres 2012 ausgewertet. In den frühen Phasen von Diskussionen zu bestimmten Themen könnten parallele Arbeitsgruppen sinnvoll für ein Brainstorming eingesetzt werden. Bei der Prüfung der finanziellen Auswirkungen von Resolutionen des Regionalkomitees sollten vor allem die erwarteten Kosten (und der erwartete Nutzen) von Maßnahmen des Sekretariats untersucht werden.

Vorbereitungen auf die 62. Tagung des Regionalkomitees

Vorläufige Tagesordnung und vorläufiges Programm

7. Die Regionaldirektorin erklärte, die Tagesordnung des RC62 werde gedrängt sein, da die Erörterung von „Gesundheit 2020“ und damit verwandten Themen (z. B. Aktionsplan für die öffentliche Gesundheit, Abschlussbericht zur Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und der gesundheitlichen Kluft in der Europäischen Region) abgeschlossen werde und eine Reihe von auf dem RC61 vertagten Themen (Strategien zur Gesundheitsinformation in der Europäischen Region, Kommunikation für Gesundheit, Zusammenarbeit des Regionalbüros mit den Ländern und mit seinen Außenstellen) wieder aufgenommen werden müssten; ferner stünden obligatorische Tagesordnungspunkte wie der Programmhaushaltsentwurf 2014–2015 vor dem Hintergrund der Reform der WHO sowie einige Fachthemen (psychische Gesundheit, Altern in Gesundheit) zur Behandlung an. Insgesamt erwarte sie nach Festlegung des neuen Kurses für das Regionalbüro im folgenden Jahr weniger umfangreiche Tagesordnungen für künftige Tagungen des Regionalkomitees.

8. Auf seiner zweiten Tagung unterzog der Ständige Ausschuss die zur Aufnahme auf die vorläufige Tagesordnung des RC62 vorgeschlagenen Punkte aus dem vom Sekretariat erstellten „gleitenden Programm“ für künftige Tagungen des Regionalkomitees einer ersten Prüfung. Nach Beratungen auf seiner dritten und vierten Tagung, in denen Bedenken wegen des ehrgeizigen Umfangs der Tagesordnung und mangelnder Zeit für die Erörterung der verschiedenen Tagesordnungspunkte geäußert wurden, sprach sich der Ständige Ausschuss auf seiner vierten Tagung für eine Änderung des vorläufigen Programms des RC62 aus. Es sei möglich, dass weitere Anpassungen des vorläufigen Programms notwendig würden, falls die Weltgesundheitsversammlung weitere Themen zur Beratung an die Regionalkomitees weiterverweise.

9. In einer Telekonferenz mit den Mitgliedern des SCRC am 20. Juni 2012 einigten sich die Teilnehmer in Bezug auf das weitere Vorgehen bei Themen, die von der 65. Weltgesundheitsversammlung an die sechs Regionalkomitees verwiesen wurden. Demnach werde auf dem RC62 die Diskussion über das Allgemeine Arbeitsprogramm und den Programmhaushaltsentwurf unter dem Tagesordnungspunkt „WHO-Reform“ stattfinden. Im Laufe des Sommers würden mit den Mitgliedstaaten webgestützte Konsultationen zu zwei weiteren Themen geführt, nämlich der Beratenden Expertengruppe Forschung und Entwicklung und dem globalen Beobachtungssystem für nichtübertragbare Krankheiten, und der globale Aktionsplan für psychische Gesundheit werde auf einer Konferenz in der Woche vor dem RC62 präsentiert. Diese drei Themen seien auf dem RC62 jeweils Gegenstand eines Fortschrittsberichts und weiterer Diskussionen unter dem Tagesordnungspunkt „Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben“. Zum Abschluss der Telefonkonferenz informierte die Regionaldirektorin die Teilnehmer darüber, dass am 10. und 11. Dezember 2012 in Turkmenistan eine hochrangige Tagung zum Thema nichtübertragbare Krankheiten stattfinden werde.

10. Auf einer zweiten Telekonferenz mit den Mitgliedern des SCRC am 6. Juli 2012 nahmen die Teilnehmer zu dem aktualisierten Dokument für das RC62 über die Reform der WHO Stellung und vereinbarten, wie die nicht in die Liste der engeren Wahl aufgenommenen Bewerber um Mitgliedschaft im Exekutivrat und im Ständigen Ausschuss zu informieren seien. Sie einigten sich ferner darüber, wie die Mitglieder des SCRC auf dem RC62 zusammen mit dem Sekretariat die Einführung in die einzelnen fachlichen Tagesordnungspunkte vornehmen sollten.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung und Annahme der vorläufigen Tagesordnung (EUR/RC62/2) und des vorläufigen Programms (EUR/RC62/3) des RC62

„Gesundheit 2020“ – das neue europäische Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden

11. Auf seiner zweiten Tagung wurde der SCRC über die Meilensteine in der zweiten Phase der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ informiert, die von September 2011 bis September 2012 laufe. Ferner wurde ein „Kernpaket“ an Arbeitspapieren und Informationsdokumenten präsentiert, das dem RC62 vorgelegt werden solle. Insgesamt sollten mit „Gesundheit 2020“ Strategien und Interventionen gefördert werden, die besonders geeignet seien, die Gesundheit der Bürger spürbar zu verbessern; hierbei sollten gesundheitliche Ungleichheiten, die sozialen Determinanten von Gesundheit und eine systematische Präventionsarbeit im Vordergrund stehen. Ein wesentliches Anliegen in der zweiten Phase sei auch die Ausarbeitung einer begrenzten Anzahl von Zielvorgaben für die Europäische Region, die die zentralen strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ widerspiegeln.

12. Der Ständige Ausschuss wünschte sich eine „Kurzfassung“ des Grundsatzdokuments „Gesundheit 2020“ als separates Dokument, das nicht für ein Fachpublikum, sondern für ein politisches Publikum, etwa Regierungschefs und Minister aus anderen Ressorts als Gesundheit, bestimmt sei. In dieser Kurzfassung sollten durch Fallstudien über innovative Ansätze die Ökonomie der Prävention untersucht, eindeutige Evidenz über den Nutzen von Investitionen in die Gesundheit für die Gesellschaft präsentiert und grundsätzliche Handlungsrichtungen aufgezeigt werden. Dagegen solle sich das stärker fachlich ausgerichtete „Mutterdokument“ an das einschlägige Fachpublikum richten und Möglichkeiten zur konkreten Umsetzung des angestrebten Konzeptes untersuchen. Zu den in „Gesundheit 2020“ erwähnten Zielgruppen sollten neben den Roma auch indigene Bevölkerungsgruppen hinzugenommen werden, und auch Migration solle künftig als eine Determinante von Gesundheit anerkannt werden. Der Ständige Ausschuss wies auch darauf hin, dass „Gesundheit 2020“ sich mit „Europa 2020“, der Wachstumsstrategie der EU für das kommende Jahrzehnt, ergänze, auch wenn Letztere nominell kein Kapitel über Gesundheit enthalte. Auch wenn der SCRC keine offizielle Beteiligung der Europäischen Kommission an der Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ wünschte, so regte er doch an, das neue europäische Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden auf die Tagesordnung der Hochrangigen Gruppe „Gesundheitswesen“ zu setzen, die im März 2012 im Rahmen der dänischen EU-Ratspräsidentschaft tagen werde.

13. Auf seiner dritten Tagung brachte der SCRC seine Besorgnis darüber zum Ausdruck, dass die kürzere Fassung von „Gesundheit 2020“ zwar gut strukturiert und leicht zu lesen, dabei aber für die anvisierte Zielgruppe, nämlich Präsidenten, Premierminister, Finanzminister und Vertreter anderer Ressorts, nicht angemessen formuliert sei. Vielmehr müsse das Dokument ihnen Antworten auf die Frage liefern, warum sie in Gesundheit investieren sollen. Ferner kämen der „gesamtstaatliche“ Ansatz und das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ nicht ausreichend zum Ausdruck, und es fehlten konkrete Empfehlungen oder Anleitungen in Bezug auf Organisationsführung und die Führungsrolle hochrangiger Politiker. Um diese Zielgruppe zu erreichen, werde eine zweiseitige Kurzfassung des kürzeren Dokuments benötigt. Auch die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa müsse weiter verdeutlicht werden. Schließlich wies der SCRC auch darauf hin, dass – vor allem in dem kürzeren Dokument – nur wenig auf Risikofaktoren wie Tabakkonsum eingegangen werde. Hierauf erwiderte das Sekretariat, dass das Kapitel über nichtübertragbare Krankheiten bewusst allgemein gehalten sei und dass nähere Einzelheiten den spezifischen Aktionsplänen zu entnehmen seien, wenngleich „Gesundheit 2020“ auch einen Schwerpunkt auf die Determinanten von Gesundheit lege. Die Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ müssten in dem Rahmenkonzept und der dazugehörigen Strategie besser sichtbar gemacht werden, da sie praktische Beispiele für die Führungskompetenz des Regionalbüros böten. Der SCRC war sich im Klaren darüber, dass die Zielvorgaben auf die Region als Ganzes ausgerichtet seien, wünschte sich aber auch vom Regionalbüro eine klare Methodik für deren Anpassung an den nationalen (und subnationalen) Kontext.

14. Auf seiner vierten Tagung wurden dem SCRC die beiden überarbeiteten Dokumente von „Gesundheit 2020“ präsentiert, die er begrüßte. Der partizipatorische Charakter der Konsultationen über „Gesundheit 2020“ sei entscheidend für die erfolgreiche Ausarbeitung der beiden Dokumente gewesen. Auch wenn noch einige kleinere Änderungen erforderlich seien, so seien die Dokumente doch qualitativ wie inhaltlich in hohem Maße zufriedenstellend und zudem umfassend und zugänglich, und sie würden als deutlicher Wegweiser für die Entwicklung der Gesundheitspolitik auf nationaler, subregionaler und regionaler Ebene bis zum Jahr 2020 dienen. Es müsse nun darauf geachtet werden, dass „Gesundheit 2020“ ein „lebendiges Dokument“ bleibe, das sich mit der Zeit im Lichte neuer Erkenntnisse und Erfahrungen entwickeln könne. Um „Gesundheit 2020“ so interaktiv wie möglich zu gestalten, könne eine eigene Website eingerichtet werden, auf der Links zu thematisch verwandten Inhalten zu finden sein müssten.

15. Der SCRC wurde darüber informiert, dass seine Arbeitsgruppe für Zielvorgaben im Rahmen von „Gesundheit 2020“ im Frühjahr 2012 die Liste mit ursprünglich 51 vom Regionalbüro vorgeschlagenen Vorgaben auf nunmehr 21 Vorgaben reduziert habe. Diese verkürzte Liste sei den Mitgliedstaaten zur Prüfung übermittelt worden. Bisher seien Stellungnahmen aus insgesamt 16 Ländern sowie von der Europäischen Kommission und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) eingegangen. Diese beträfen den Inhalt der Zielvorgaben und ihre Relevanz für die öffentliche Gesundheit, ihre quantitative Messung („die Zahl“), die Behandlung der Bereiche im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und den Prozess der Festlegung der Vorgaben und die Rolle der WHO darin. Auf der dritten Tagung des EHPF (Brüssel, 19. und 20. April 2012) sei eine nochmals verkürzte Liste von nunmehr 16 Zielvorgaben erörtert worden. Dabei hätten die Teilnehmer folgende Empfehlungen ausgesprochen: Reduzierung der Anzahl und stattdessen Formulierung übergeordneter „Dachziele“ (headline targets) mit Bezug auf die Europäische Region und Erwägung einer Quantifizierung (Durchschnittswerte für die Region); Erstellung eines „Menüs“ von Indikatoren zur Messung von Fortschritten; Gewährleistung, dass diese Indikatoren ausreichend flexibel für die jeweiligen länderspezifischen Rahmenbedingungen sind; und möglichst weitgehende Nutzung routinemäßig erhobener Gesundheitsdaten.

16. Die Mitglieder des SCRC und die Vertreter der Mitgliedstaaten, die an der vierten Tagung als Beobachter teilnahmen, zeigten sich sehr erfreut über den Ausgang der Tagung von Brüssel. Insbesondere befürworteten sie die Festlegung von nur sechs „Dachzielen“, da diese gut strukturiert und eng mit „Gesundheit 2020“ verknüpft und der Öffentlichkeit leicht zu vermitteln seien und deshalb auch bei der Politik erhebliches Interesse finden würden. Die Teilnehmer stimmten auch dem für die Festlegung der Indikatoren vorgeschlagenen Verfahren zu und wiesen darauf hin, dass diese auch erhebliche Wirkung im Bereich der Krankheitsprävention entfalten könnten. Angesichts der in den meisten Ländern der Europäischen Region vorhandenen Gesundheitsinformationen empfahlen sie als Basisjahr für die Zielvorgaben das Jahr 2010. Die Dachziele sollten sowohl in das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ als auch in die Langfassung mit Rahmenkonzept und Strategie eingearbeitet werden. Mit Blick auf die Terminologie sprachen sich die Teilnehmer einhellig für die Bezeichnung „Zielvorgaben“ (targets) aus, da darin eine Quantifizierung und ein stärkeres (politisches) Engagement zum Ausdruck kämen als in dem Begriff „Ziele“. Außerdem werde in den beiden früheren Rahmenkonzepten der Europäischen Region, „Gesundheit für alle“ und „GESUNDHEIT21“, der englische Begriff „targets“ verwendet. Abschließend hob das Sekretariat hervor, zwar würden die Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ auf Ebene der Region festgelegt, doch sei die Festlegung von Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten in hohem Maße wünschenswert und gehöre definitiv zu einem interaktiven Prozess.

Maßnahmen des Regionalkomitees

**Überprüfung der beiden Dokumente zu „Gesundheit 2020“ (EUR/RC62/8 und EUR/RC62/9)
Prüfung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC62/Conf.Doc./8)**

Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

17. Auf seiner zweiten Tagung wurde der 19. SCRC darüber informiert, dass im Zuge der Ausarbeitung eines Europäischen Aktionsplans für öffentliche Gesundheit (EAP) in ausgewählten Ländern Westeuropas mit einer Evaluation der Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit begonnen worden sei; ferner sei eine Studie über Politikinstrumente für die öffentliche Gesundheit angelaufen, und es sei ein Konsultationsprozess in Gange. Am 4. und 5. Oktober 2011 habe in Kopenhagen eine erste Konsultation über Personalfragen im Bereich der öffentlichen Gesundheit stattgefunden.

18. Auf der dritten Tagung des SCRC teilte das Sekretariat mit, dass zur Gewährleistung einer aktiven Beteiligung der Länder an der Gestaltung des EAP zwei Tagungen auf subregionaler Ebene stattgefunden hätten: eine im Januar 2012 in Helsinki, an der Vertreter von 13 Mitgliedstaaten und drei Partnerorganisationen teilgenommen hätten, und eine im März in Brüssel mit Beteiligung von 27 Ländern, einem Dutzend Partnerorganisationen und beachtlichen fünf Generaldirektionen der Europäischen Kommission. Zum Zeitpunkt der vierten Tagung des SCRC hatte der Konsultationsprozess seinen Höhepunkt erlebt: mit einer Fachtagung beim Regionalbüro am 29. und 30. März 2012 und der Tagung des EHPF am 19. und 20. April in Brüssel. Die zehn grundlegenden gesundheitspolitischen Maßnahmen (EPHO) spiegelten die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit wider, und die ganzheitliche Sichtweise von „Gesundheit 2020“ sei in dem EAP wie auch in den EPHO noch deutlicher zum Ausdruck gebracht worden. Die Struktur des EAP sei dahin gehend optimiert worden, dass es nun zehn „Handlungswege“ gebe, die den zehn EPHO direkt entsprächen. In dem Aktionsplan sei ein Zeitrahmen für die Umsetzung enthalten und würden die Modalitäten für Kontrolle und Evaluation erläutert. Nun werde ein gemeinsames Glossar der in dem Aktionsplan und in den Dokumenten zu „Gesundheit 2020“ verwendeten Begriffe erstellt.

19. Der Ständige Ausschuss erklärte, der EAP sei entscheidend für die Umsetzung von „Gesundheit 2020“, und begrüßte die Tatsache, dass öffentliche Gesundheit nun wieder als ein zentraler Bestandteil der Arbeit der WHO etabliert sei. Er begrüßte die klare Abgrenzung der Zuständigkeiten der WHO und der Mitgliedstaaten, die eine Überwachung des Prozesses erleichtere. Er sprach sich dafür aus, den EAP als nachahmenswertes Modell für andere WHO-Regionen zu präsentieren. Der Ausschuss war jedoch der Ansicht, der Zeitraum für die Umsetzung (2012–2015) sei wohl etwas zu kurz bemessen, um von allen Ländern der Europäischen Region der WHO die Einrichtung eines umfassenden öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erwarten. Deshalb plädierte er dafür, der Aktionsplan solle auf denselben Zeitrahmen angelegt sein wie das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Erörterung des Entwurfs des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit

(EUR/RC62/12)

Prüfung des entsprechenden Resolutionsentwurfs

(EUR/RC62/Conf.Doc./6)

Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region

20. Auf seiner zweiten Tagung wurden dem SCRC ein Grundriss von Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region sowie ein erster Entwurf der Langfassung des Dokuments vorgelegt. Letzterer sei noch nicht Gegenstand von Beratungen mit

den Mitgliedstaaten gewesen. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, in dem Aktionsplan verdienten vier Bereiche mehr Aufmerksamkeit: der Aufbau dauerhafter Verknüpfungen zwischen Gesundheitssystem und Sozialfürsorge; die Förderung stützender Umfelder nicht nur auf kommunaler, sondern auch auf landesweiter Ebene; die Prüfung sekundärer Maßnahmen in Bezug auf die Sturzprävention (z. B. Behandlung von Osteoporose); und die Einbeziehung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Frühdiagnose von Depressionen) in den Aktionsplan. Für die Bekämpfung von Demenzerkrankungen jedoch sei die soziale Dimension (Unterstützung durch die Familie) wesentlich. Weitere Bestandteile des Aktionsplans sollten die Frühdiagnose nichtübertragbarer Krankheiten und die Gesundheitsförderung allgemein sein. Zur Befähigung älterer Menschen zu selbstbestimmtem Handeln müsse es auch gehören, sie in die Planung ihrer verbleibenden Lebensjahre einzubeziehen.

21. Auf seiner dritten Tagung prüfte der SCRC den ersten Entwurf der Langfassung der Strategie und des Aktionsplans für gesundes Altern und erklärte, dieser sei gut formuliert und deshalb von Nutzen für die Mitgliedstaaten. Der Ständige Ausschuss begrüßte auch das Zusammenwirken zwischen der WHO und der Europäischen Kommission und den dadurch erzielten Mehrwert. Hierbei solle mehr Gewicht auf die Sekundär- und Tertiärprävention, auf die Stärkung der Gesundheitssysteme und auf ihre Seniorenfreundlichkeit (u. a. durch Anpassung der Lehrpläne für die Gesundheitsberufe), aber auch auf ein gesundes Altern in Einrichtungen für die Langzeitpflege gelegt werden. Ferner sollten auch die Notwendigkeit einer Verbesserung der Bezahlbarkeit von Medikamenten und einer Vermeidung von Polypragmasie thematisiert werden. Schließlich müssten in der Strategie und dem Aktionsplan auch Aspekte wie Gebrechlichkeit, Demenz und insbesondere Ernährung berücksichtigt werden.

22. Auf der vierten Tagung des SCRC wurde eine überarbeitete Fassung von Strategie und Aktionsplan präsentiert. In diese Fassung seien neben der Rückmeldung durch den SCRC auch die Stellungnahmen aus der dritten Tagung des EHPF sowie die Ergebnisse der webgestützten Konsultationen eingeflossen. Der SCRC begrüßte die Berücksichtigung dieser Anmerkungen in der Strategie und wies darauf hin, Langzeitpflege müsse als Bestandteil des Gesundheitssystems begriffen werden. Die EU verfüge über eine Reihe von Strategien und Programmen auf diesem Gebiet, u. a. einen strategischen Durchführungsplan für aktives und gesundes Altern, sowie über Indikatoren und Messgrößen für Aspekte wie Lebensqualität, Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre. Um Synergieeffekte zwischen der Strategie und dem Aktionsplan des Regionalbüros einerseits und dem strategischen Durchführungsplan der Europäischen Union andererseits zu ermöglichen, müssten die nötigen Kontakte mit den zuständigen Dienststellen der EU geschaffen werden.

Maßnahmen des Regionalkomitees **Erörterung der Strategie und des Aktionsplans für
gesundes Altern in der Europäischen Region**
(EUR/RC62/10)
Prüfung des entsprechenden Resolutionsentwurfs
(EUR/RC62/Conf.Doc./4)

Stärkung der Rolle der Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa: eine erneuerte Strategie für die Europäische Region

23. Die erneuerte Strategie für die Außenstellen des Regionalbüros sei dem RC61 vorgelegt worden, aber aufgrund der unerwartet langen Debatte über den Tagesordnungspunkt WHO-Reform sowie informeller Bitten an die Regionaldirektorin mit dem Hinweis auf weiteren Diskussionsbedarf sei schließlich entschieden worden, das Dokument auf dem RC62 erneut vorzulegen.

24. Der Ständige Ausschuss war sich auf seiner zweiten Tagung darüber einig, dass die erneuerte Strategie das richtige Maß an Detail aufweise und dass Außenstellen einen wesentlichen

Bestandteil des Netzwerks des Regionalbüros in den Ländern bildeten. Ein Mitglied äußerte jedoch Bedenken, ob die Eröffnung neuer Außenstellen zu Zeiten einer Wirtschaftskrise realistisch sei und ob solche Entscheidungen dem Regionalbüro nicht wichtige Ressourcen entzögen. Der Ständige Ausschuss wurde darüber informiert, dass die Vereinbarung über die Eröffnung einer Außenstelle für den Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten in Athen vom griechischen Parlament ratifiziert und dass ein entsprechender Zahlungsplan vereinbart worden sei. Das Büro werde jedoch nicht eröffnet, solange die Mittel nicht tatsächlich eingegangen sei

25. Auf seiner dritten Tagung wurde dem SCRC ein überarbeiteter Entwurf der erneuerten Strategie vorgelegt. Der Ständige Ausschuss forderte die Regionaldirektorin eindringlich auf, den präskriptiven Charakter der Strategie beizubehalten, zumal die Außenstellen des Regionalbüros ein langfristiges Element in dessen struktureller Ausrichtung seien, dessen Lebensdauer sich über die zu erwartende Amtszeit einer nationalen Regierung hinaus erstreckte. Er empfahl auch, einen Alternativplan auszuarbeiten, durch den zusätzliche Kapazitäten für den Themenkomplex nichtübertragbare Krankheiten bereitgestellt würden, etwa in Form eines globalen Projektes, falls die zugesagten Mittel für die Außenstelle in Athen nicht einträfen. Der SCRC wünschte sich auch eine Ergänzung des Anhangs der Strategie um Daten aus dem Zeitraum 2010–2011 sowie nähere Informationen über die wertvolle fachliche Hilfe, die die Außenstellen über ihre Forschungsarbeit hinaus geleistet hätten. Schließlich begrüßte der Ausschuss die Aussage in der Strategie, dass alle Vorschläge zur Einrichtung einer neuen Außenstelle dem Regionalkomitee mit einer fundierten Begründung vorzulegen seien, aber auch die Bestätigung, dass das Regionalkomitee in dieser Frage stets das letzte Wort habe.

26. Auf seiner vierten Tagung wurde der SCRC davon in Kenntnis gesetzt, dass nach einer schriftlichen Konsultation mit den Mitgliedstaaten die Anforderungen an die Einrichtung einer Außenstelle gelockert worden seien und dass die Bedeutung von Abordnungen geklärt worden sei; außerdem sei der Status der vorhandenen Außenstellen aktualisiert und eine erste Analyse zur Bestimmung der strategisch vorrangigen Bereiche durchgeführt worden, in denen die Einrichtung einer Außenstelle u. U. sinnvoll sei. Die Regierung Griechenlands habe eine erste Rate in Höhe von 500 000 € überwiesen, die zur Einrichtung des Zentrums für nichtübertragbare Krankheiten in Athen verwendet werden solle. Das Gastlandabkommen mit der deutschen Regierung über das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit in Bonn sei auf unbestimmte Zeit verlängert worden, und in Kürze würden mit der italienischen Regierung Verhandlungen über die Verlängerung des Abkommens über das Europäische Büro der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung in Venedig aufgenommen. Ein Vorschlag zur Neubelebung des Europäischen Zentrums für Gesundheitspolitik in Brüssel werde derzeit geprüft, und die Einrichtung neuer Außenstellen werde möglicherweise für folgende strategische Bereiche erwogen: humanitäre Hilfe und Notfallmanagement; Stärkung der Gesundheitssysteme; und Gesundheitsinformationssysteme und Wissensmanagement.

27. Der SCRC begrüßte den Eingang der ersten Rate der Finanzmittel für die Außenstelle in Athen, stellte jedoch auch fest, diese sei schon 2011 fällig gewesen, und forderte angesichts der prekären Finanzlage in Griechenland die Vorlage eines Fortschrittsberichts zu diesem Thema auf jeder seiner künftigen Tagungen. Der Ausschuss bekräftigte auch seine Auffassung, dass der normative Charakter der Strategie für die Außenstellen beibehalten werden müsse. Darüber hinaus stimmte er mit der Regionaldirektorin darin überein, dass das Regionalkomitee darüber entscheiden solle, welche Zuständigkeitsbereiche für Fragen in Bezug auf Außenstellen es an den SCRC oder das Regionalbüro delegieren wolle.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Erörterung der erneuerten Strategie für die Außenstellen des WHO-Regionalbüros für Europa (EUR/RC62/11)

Prüfung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC62/Conf.Doc./5)

Weitere Entwicklung der neuen Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

28. Auf seiner zweiten Tagung wurde der Ständige Ausschuss daran erinnert, dass zwar für das RC61 eine neue Länderstrategie ausgearbeitet worden sei, doch sei die Erörterung dieser Strategie auf das RC62 verschoben worden, da sich die Debatte über den gesamten Themenkomplex der WHO-Reform (einschließlich der Führung und Struktur der Organisation) damals noch in einem frühen Stadium befunden habe. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, die Mitgliedstaaten würden die vorgesehene Unterteilung der Präsenz der WHO in den Ländern in drei Kategorien begrüßen: Länderbüros unter der Leitung eines Vertreters der WHO, Länderbüros unter der Leitung eines nationalen Fachreferenten bzw. entsprechende Modalitäten in Ländern ohne WHO-Länderbüro. Doch die Kriterien für diese Kategorisierung müssten – nach vorheriger Absprache – im Voraus bestimmt und klar dargelegt werden. Für diese drei Kategorien sowie für jeden Wechsel in eine andere Kategorie solle eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt werden.

29. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass die neue Länderstrategie der Gegenstand insgesamt dreier subregionaler Konsultationen gewesen sei. Auf allen drei Tagungen sei bestätigt worden, dass die WHO-Länderbüros nach wie vor gebraucht würden: für die fachliche Hilfe bei der Bewältigung der Herausforderungen in Ländern, die nicht selbst über die erforderlichen wissenschaftlichen Kapazitäten verfügten; für die Abstimmung zwischen den beteiligten Partnern; und für die Präsentation und Verbreitung der Erfahrungen der Länder. Es gelte eine Zusammenarbeit auf subregionaler Ebene zu fördern und dabei auf bestehende große Ländergruppierungen wie die EU zurückzugreifen, gleichzeitig aber auch kontinuierliche Kontakte zwischen dem östlichen und westlichen Teil der Region aufrechtzuerhalten. Vor allem müssten die Beziehungen zwischen WHO und EU-Kommission auf eine eindeutige Grundlage gestellt und besser koordiniert werden. Mit allen Ländern, auch denjenigen, die Mitglieder der EU seien, sollten Kooperationsstrategien (CCS) ausgearbeitet werden. Die finanziellen Konsequenzen der Umsetzung der Länderstrategie müssten klar dargestellt werden, und die Übersetzung der Strategie in andere Sprachen als Englisch könne durch Zusammenstellung eines entsprechenden Glossars und durch einheitliche Verwendung der Begriffe erleichtert werden.

30. Der SCRC war sich über die Notwendigkeit einer neuen Länderstrategie einig. Die derzeitige Strategie stamme aus dem Jahr 2000 (Resolution EUR/RC50/R5), also noch vor dem Beitritt zwölf neuer Mitgliedstaaten zur EU. Deshalb sei es angemessen, dem RC62 ein neues Konzept vorzulegen, das der Dynamik des Reformprozesses in der WHO fortlaufend gerecht werde und eine Vereinbarkeit zwischen den von ihren leitenden Organen angenommenen Konzepten und den für die Länderarbeit festgelegten Prioritäten gewährleiste. Der Ständige Ausschuss wies auch auf die Bedeutung einer subregionalen Kooperation hin, die sich aus konkreten gemeinsamen Bedürfnissen der jeweils beteiligten Länder ergebe. Er schloss sich der auf den subregionalen Konsultationen vorgebrachten Forderung nach einer ausführlichen Klarstellung der Aufgabenverteilung zwischen WHO und EU an. Er bat darum, den „Fahrplan“ für die Länder in das dem RC62 vorzulegende „Gesamtpaket“ einzubeziehen, insbesondere um die Kriterien für die Klassifizierung der Länderbüros explizit darzustellen und ihre systematische Anwendung zu ermöglichen.

31. Auf seiner vierten Tagung nahm der SCRC zu der nochmals überarbeiteten Strategie Stellung und lobte dabei das Bemühen, die Anregungen der Mitgliedstaaten konkret zu berücksichtigen. Der Ausschuss wurde darüber informiert, dass die Mitgliedstaaten zwar nicht zum Abschluss von CCS verpflichtet seien, doch sei zu hoffen, dass sie daran Interesse hätten. In einer Anfangsphase würden solche Strategien hauptsächlich mit Ländern angestrebt, die nicht über eine BCA oder ein Länderbüro verfügten. Besonders wichtig sei die eindeutige Nominierung einer nationalen Ansprechperson, um die Kommunikation zwischen den Ländern und dem Regionalbüro zu vereinfachen. Eine Übersicht über die nationalen Ansprechpersonen und ihre

Kontaktinformationen könne auf der Website des Regionalbüros in Form einer Liste präsentiert werden.

Maßnahmen des Regionalkomitees **Erörterung der überarbeiteten Länderstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa**
(EUR/RC62/13)
Prüfung des entsprechenden Resolutionsentwurfs
(EUR/RC62/Conf.Doc./7)

Vorarbeit für künftige Tagungen des Regionalkomitees

Weitere Entwicklung der neuen Kommunikationsstrategie für das WHO-Regionalbüro für Europa

32. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass die neue Kommunikationsstrategie des Regionalbüros nach einer Reihe von Konsultationen mit den Mitgliedstaaten von Grund auf überarbeitet worden sei.

33. Der Ständige Ausschuss erkannte das Doppelziel der neuen Kommunikationsstrategie an, nämlich Informationen über das Regionalbüro und seine Arbeit zu verbreiten und die Kommunikation der Mitgliedstaaten mit der Öffentlichkeit im eigenen Land zu fördern und zu verbessern. Er empfahl, das Regionalbüro solle ein paar Bereiche der öffentlichen Gesundheit zu Schwerpunkten bestimmen, in denen eine möglichst weitgehende Nutzung von Partnerschaften angestrebt werde. Allgemein müssten die Botschaften in der Risikokommunikation jeweils zwischen allen beteiligten Partnern abgestimmt werden.

34. Aufgrund der besonders gedrängten Tagesordnung des RC62 beschloss der Ständige Ausschuss auf seiner vierten Tagung, die Kommunikationsstrategie aus dessen Programm zu streichen und ihre Erörterung auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

Rahmenkonzept für eine Gesundheitsinformationsstrategie in der Europäischen Region

35. Der Ständige Ausschuss befürwortete die Zielsetzung der Gesundheitsinformationsstrategie, den Mitgliedstaaten eine effizientere Nutzung vorhandener Informationen für anstehende Entscheidungsprozesse zu ermöglichen, anstatt sie zur Erhebung zusätzlicher Daten aufzufordern.

36. Auf seiner zweiten Tagung begrüßte der SCRC die Idee, eine Arbeitsgruppe für die Ausarbeitung der Strategie einzusetzen, und wies darauf hin, ein solches Vorgehen bewähre sich gegenwärtig auch bei der Inangriffnahme der Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“. Dennoch werde die Entwicklung eines einheitlichen, die gesamte Europäische Region der WHO umspannenden Gesundheitsinformationssystems ein langwieriger und repetitiver Prozess werden. Um die Unterstützung aller beteiligten Akteure, namentlich der Europäischen Kommission, zu sichern, schlug der Ständige Ausschuss daher vor, die Arbeitsgruppe könne ihm nach ihrer Einsetzung Empfehlungen zu der Frage vorlegen, in welcher Form das Regionalkomitee das Thema am besten behandeln solle.

37. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC davon in Kenntnis gesetzt, dass Mandat und Zusammensetzung der Arbeitsgruppe inzwischen festgelegt und ihre geplanten Aufgaben skizziert worden seien. Gegenwärtig seien die Mitgliedstaaten aufgerufen, Mitglieder für die Arbeitsgruppe zu nominieren, und diese Bewerbungen würden fortlaufend geprüft; zu diesem

Zwecke werde derzeit eine Liste mit Experten erstellt. Der Ständige Ausschuss erklärte sich mit dem Mandat für die Arbeitsgruppe einverstanden, und das Mitglied des SCRC aus der Türkei erklärte sich zur Mitwirkung in der Arbeitsgruppe bereit.

Strategie und Aktionsplan für die Europäische Region im Bereich psychische Gesundheit

38. Der SCRC wurde darauf hingewiesen, dass psychische Störungen aufgrund ihrer Prävalenz und der durch sie bedingten Krankheiten und Behinderungen eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO seien. Auf der Grundlage einer Erklärung und eines Aktionsplans für die Europäische Region, die vom Regionalkomitee im Jahr 2005 gebilligt worden seien, gebe es nun Spielraum für eine neue Strategie, die sich positiv auf das seelische Wohlbefinden der Bevölkerung und die Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Problemen auswirken und zur Bereitstellung gut zugänglicher, sicherer und wirksamer Angebote führen werde. Es wurde vorgeschlagen, den Entwurf der Strategie im Rahmen ausführlicher Konsultationen über einen Zweijahreszeitraum bis zum RC63 im Jahr 2013 zu erörtern.

39. Der SCRC äußerte sich positiv darüber, dass er schon frühzeitig in die Ausarbeitung der Strategie einbezogen werde. Er plädierte für verstärkte Anstrengungen in Bezug auf Früherkennung und Behandlung im gemeindenahen Umfeld und regte an, in der Strategie auch die Notwendigkeit zu berücksichtigen, Menschen mit psychischen Problemen vor Zwangsbehandlung, etwa durch Zwangsunterbringung oder Beschlagnahmung von Besitz, zu schützen.

Reform der WHO

Haushalts- und Finanzfragen

40. Auf seiner zweiten Tagung wurde dem SCRC ein Übersichtsbericht des Sekretariats über Haushalts- und Finanzfragen vorgelegt. Der Ausschuss begrüßte die regelmäßige Vorlage finanzieller Informationen, da sie für mehr Transparenz Sorge, zeigte sich aber besorgt über den geringen Anteil der bürospezifisch angestrebten Ergebnisse (OSER), für die eine Erfolgskontrolle stattfindet, aber auch über die Tatsache, dass die Hindernisse für die Umsetzung seit dem vorigen Übersichtsbericht vom Mai 2011 unverändert geblieben seien. Daher sehe er der Überprüfung eines Aktionsplans zum Abbau bzw. zur Beseitigung dieser Hindernisse nach Abschluss der Evaluation am Ende des Zweijahreszeitraums mit Erwartung entgegen.

41. Auf seiner dritten Tagung wurde der Ständige Ausschuss über das Ergebnis der Diskussionen zum Programmhaushaltsentwurf (PPB) der WHO für den Zeitraum 2014–2015 unterrichtet. Der SCRC räumte ein, dass eine global geltende Richtungsvorgabe in Bezug auf den PPB 2014–2015 wohl erst nach der Tagung der Global Policy Group (GPG) Ende April vorliegen werde, wünschte sich jedoch für seine vierte Tagung ein kurzes Arbeitspapier, in dem etwaige markante Unterschiede zwischen solchen Vorgaben und den zentralen Stoßrichtungen des Reformprozesses der WHO erläutert würden. Die Mitglieder zeigten sich erleichtert darüber, dass das Regionalbüro nicht beabsichtige, die für den Zeitraum 2012–2013 unterzeichneten zweijährigen Kooperationsvereinbarungen mit den Ländern (BCA) zu ändern, und begrüßten Bestrebungen zur Ausarbeitung von Kooperationsstrategien (CCS), wollten jedoch auch Näheres über den Vorschlag wissen, dies in einer Anfangsphase nur mit der Gruppe der 15 Länder zu tun, die vor dem 1. Mai 2004 Mitgliedstaaten der Europäischen Union waren (EU15).

42. Auf seiner vierten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass eine Reihe von Grundsatzpapieren zum Reformprozess in der WHO, darunter das Zwölfte Allgemeine Arbeitsprogramm 2014–2019 (GPW12) und der PPB 2014–2015, zwischen Mai und Oktober 2012 auf

folgenden Tagungen der leitenden Organe der Organisation erörtert würden: auf der 16. Tagung des Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses des Exekutivrates (PBAC), der 65. Weltgesundheitsversammlung (WHA65), der 131. Tagung des Exekutivrates (EB131) und den Tagungen der WHO-Regionalkomitees.

43. Für den Entwurf des GPW12 sei ein strategischer Überblick zur Vorlage an den PBAC und die WHA65 erstellt worden, in dem die Arbeit der WHO in fünf fachliche Kategorien unterteilt werde: übertragbare Krankheiten; nichtübertragbare Krankheiten; Gesundheit im gesamten Lebensverlauf; Gesundheitssysteme; und Vorsorge, Surveillance und Reaktion. Ferner würden darin auch die Kriterien für die Prioritätensetzung aufgezählt. Schließlich werde in dem Überblick auch eine erste Liste mit Prioritäten erstellt, und der Beitrag der WHO in jeder der genannten fünf fachlichen Kategorien werde anhand anschaulicher Beispiele erläutert, wobei die organisatorischen und befähigenden Funktionen künftig eine sechste Kategorie darstellen würden. Im Hinblick auf die Ausarbeitung des PPB 2014–2015 würden „Kategorie-Netzwerke“ gebildet, die intern wie extern einer umfassenden fachlichen Begutachtung unterzogen würden.

44. Auf der Ebene der Europäischen Region sei ein erster Versuch unternommen worden, die fachlichen Arbeitskategorien mittels der Kriterien für die Prioritätensetzung einzustufen. Dabei habe sich ergeben, dass die Kategorie „nichtübertragbare Krankheiten“ die höchste Prioritätsstufe erhalten müsse, gefolgt von „Gesundheitssysteme“. Das gegenwärtige „Spektrum“ von insgesamt 27 zentralen und 57 anderen vorrangigen Resultaten für die Region müsse für den Zweijahreszeitraum 2014–2015 angepasst werden, indem einige Resultate aufgegeben und andere, neue eingeführt würden. Ebenfalls entsprechend angepasst werden müssten die Haushaltsvoranschläge der Europäischen Region für die verschiedenen Arbeitskategorien. Die Haushaltsvoranschläge, sortiert nach Kategorie und Büro, würden voraussichtlich Ende Mai vom Hauptbüro der WHO veröffentlicht, und der erste Entwurf des PPB 2014–2015, der den Regionalkomitees zur Prüfung vorgelegt werden solle, werde Ende Juni vorliegen. Zeitgleich würden konkrete Haushaltsvoranschläge und Kostenberechnungen sowie eine Gesamtperspektive für die Europäische Region in Bezug auf den Programmhaushaltsentwurf erstellt.

Folgen für die Europäische Region

45. Die Regionaldirektorin berichtete dem Ständigen Ausschuss auf seiner zweiten Tagung, vom 1. bis 3. November 2011 habe eine einmalige Sondertagung des Exekutivrates stattgefunden, an der nicht nur die 34 Mitglieder des Exekutivrates, sondern auch Delegationen aus insgesamt 82 Mitgliedstaaten teilgenommen hätten. Dabei seien drei formale Beschlüsse gefasst worden: über Programme und Prioritätensetzung, Politikgestaltung und Steuerung sowie organisatorische Reformen. Auf seiner dritten Tagung wurde der Ständige Ausschuss über die Diskussionen zum Thema WHO-Reform unterrichtet, die auf der EB130 im Januar 2012 und auf einer Konsultationstagung mit den Mitgliedstaaten im Februar 2012 geführt worden waren.

46. Der Ständige Ausschuss wies darauf hin, der Exekutivrat habe eine Reihe von Angelegenheiten an den PBAC verwiesen, und war sich darüber einig, dass sich dessen Zusammensetzung ändern müsse, um seiner zunehmend programmatischen (und nicht mehr rein administrativen und haushaltsbezogenen) Rolle gerecht zu werden. Er erkannte an, dass eine Veränderung des Zeitplans für die Tagungen der leitenden Organe der WHO und für die Beratungen über die Prioritätensetzung wichtig sei, um eine Anpassung an den Haushaltszyklus zu ermöglichen. Für das Regionalkomitee sei von einer „Vorlaufzeit“ von eineinhalb Jahren auszugehen, sodass ein etwaiger neuer Zeitplan erst für das RC64 im Jahr 2014 gelten könne. Mit Blick auf die entscheidend wichtige Frage einer sinnvolleren Nutzung der zweckgebundenen freiwilligen Beiträge durch die Organisation begrüßte der SCRC die Idee der Einberufung einer „Beitragsankündigungskonferenz“ bzw. eines „Finanzierungsdialogs“ vor der Weltgesundheitsversammlung, da so eine Abstimmung der Beiträge auf die Prioritäten der Organisation erleichtert werde.

47. Auf seiner vierten Tagung begrüßte der SCRC die beträchtlichen Anstrengungen des Sekretariats beim Vorantreiben der verschiedenen Aspekte der WHO-Reform, äußerte jedoch Bedenken angesichts der großen Zahl der geplanten Tagesordnungspunkte für das RC62. So könne es möglicherweise notwendig werden, wie schon beim RC61 auch diesmal Parallelsitzungen abzuhalten. Mit Blick auf die Prioritätensetzung erinnerte der SCRC daran, das Sekretariat müsse an jene Länder herantreten, die keine BCA mit dem Regionalbüro hätten oder die nicht unmittelbar die Ausarbeitung von CCS beabsichtigten, um sich über ihre Bedürfnisse zu informieren und ggf. die ursprüngliche Rangfolge der Arbeitskategorien anpassen zu können. Es sei davon auszugehen, dass der PPB 2014–2015 eine Unterteilung in Unterkategorien enthalten müsse, um das gesamte Spektrum der im Rahmen der 13 Strategischen Ziele (SO) des aktuellen Programmhaushalts durchgeführten Maßnahmen abzudecken. Der SCRC forderte auch, die Europäische Region solle bei der gezielten Ausrichtung des Programmhaushalts auf die großen Resultate, für die die Organisation als Ganzes verantwortlich sei, die Federführung übernehmen.

48. Die Regionaldirektorin wies den Ständigen Ausschuss darauf hin, dass die Gesundheitsdeterminanten in dem strategischen Überblick über den Entwurf des GPW12 nicht aufgeführt seien und noch als Querschnittselement aufgenommen werden müssten. Der PPB 2014–2015 werde auf den drei Ebenen der Organisation ausgearbeitet; jede Region werde ihren eigenen strategischen Plan haben, in dem jeweils die gewünschten Resultate auf Ebene der Region (und die zu ihrer Erreichung nötigen Haushaltsmittel) aufgeführt seien und der mit Hilfe eines harmonisierten, organisationseigenen Mittelbeschaffungsprozesses verwirklicht werden solle.

Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

49. Auf der zweiten Tagung des SCRC wurde die Arbeit zur Verbesserung der Beziehungen und zur Förderung der Zusammenarbeit mit einer großen Bandbreite von Partnern geschildert. Der Ständige Ausschuss appellierte an das Regionalbüro, seine Beziehungen mit der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher bei der Europäischen Kommission weiter auszubauen, die er als die wichtigste Partnerschaft für die WHO in der Europäischen Region betrachte. Generell könnten Partnerschaften in Gruppen unterteilt werden: in solche, die sich aus der Führungsrolle der WHO ergäben, solche, die mit Aufgaben zur gemeinsamen Umsetzung verbunden seien, und solche, in die die WHO konkret investieren müsse, um das Überleben der Partnerschaft zu gewährleisten, etwa durch Stellen eines Sekretariats. Da viele der in einer neuen Strategie für Partnerschaften zu behandelnden Themen von den Ergebnissen der Reform der WHO abhängig seien, war sich der SCRC darüber einig, dass nach Abschluss des Reformprozesses innerhalb der WHO eine offizielle Partnerschaftsstrategie ausgearbeitet werden müsse.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

50. Auf der zweiten Tagung des SCRC teilte die Regionaldirektorin dem Ausschuss mit, dass auf der 62. Tagung des Regionalkomitees routinemäßig die Nominierung für bzw. die Wahl in folgende Organe und Ausschüsse der WHO anstehe:

- Exekutivrat 2 Sitze
- Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees 4 Sitze
- Europäischer Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit 4 Sitze

51. Die Amtszeiten der Mitglieder des Europäischer Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit müssten nun so gestaffelt werden, dass eine sinnvollere Rotation der Mitglieder

gegeben sei. Die Schreiben mit der Aufforderung zur Nominierung von Kandidat/inn/en für die besagten Organe und Ausschüsse würden Anfang 2012 an die Mitgliedstaaten versandt.

52. Der Ständige Ausschuss wurde daran erinnert, dass nach den Bestimmungen der Resolution EUR/RC60/R3 des Regionalkomitees und insbesondere des Teils 1 des Anhangs dieser Resolution, in der die Einteilung der Mitgliedstaaten in subregionale Gruppen vorgenommen werde, 2012 im Exekutivrat kein freier Sitz von Ländern der Gruppe A zu besetzen sei; dagegen gebe es je einen freien Sitz für Länder der Gruppen B und C.

53. Angesichts der Tatsache, dass bisher nur ein Land einen Kandidaten für die Mitgliedschaft im Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit (EHMB) vorgeschlagen habe, vereinbarte der SCRC, dem Regionalkomitee zu empfehlen, die Amtszeit der aktuellen Mitglieder des Ausschusses aus dem Gesundheitsbereich um je ein Jahr zu verlängern. In der Zwischenzeit werde der Ständige Ausschuss die Möglichkeit einer „Staffelung“ der Mitgliedschaft prüfen, damit nicht jeweils alle Mitglieder zur selben Zeit gewählt würden, und er werde das Ersuchen Deutschlands um Beobachterstatus im EHMB prüfen.

54. Auf seiner vierten Tagung einigte sich der Ständige Ausschuss in geschlossener Sitzung einvernehmlich auf die Namen der Kandidaten, die er dem RC62 für die Mitgliedschaft im Exekutivrat und im SCRC vorschlagen wolle. Er einigte sich auch auf die Mitglieder des Exekutivrates, die er als erste bzw. zweite Option damit beauftragen wolle, im Zeitraum 2012–2013 als Bindeglied zwischen dem SCRC und dem Exekutivrat zu fungieren, sowie auf die Länder, die er als Mitglieder im PBAC und im Léon Bernard Foundation Committee bzw. für das Amt des Stellvertretenden Vorsitzenden des Exekutivrates vorgeschlagen werde.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Nominierung/Wahl von Mitgliedern für den Exekutivrat, den SCRC und den Europäischen Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit
(EUR/RC62/7, EUR/RC62/7 Add.1 und EUR/RC62/7 Add.2)

Rede einer Vertreterin der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa

55. Die Präsidentin der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa (EURSA) hielt auf der dritten Tagung des SCRC eine Ansprache im Namen der Bediensteten der WHO in der Europäischen Region und bestätigte das Engagement der Mitarbeiter für die Schaffung einer noch stärkeren und gefestigteren WHO durch den aktuellen Reformprozess. Die Personalvereinigung habe mit Interesse und Erwartung den Ruf des Exekutivrates nach einer transparenten und allumfassenden Konsultation über diesen Prozess vernommen, in der durch konkrete Mechanismen für die Bediensteten der WHO (auch in der Europäischen Region) konstruktive Beiträge sowie ein interaktiver Dialog mit der Leitungsebene der Organisation ermöglicht würden. Die Ziele der von der Weltgesundheitsversammlung unterstützten WHO-Reform seien auch die Ziele der Mitarbeiter. Die vor kurzem neu konstituierte Personalvertretung sei der Ansicht, der Prozess der WHO-Reform könne der EURSA bei der Verwirklichung der in ihren Statuten festgelegten Ziele von Nutzen sein, die darin bestünden, das Wohlergehen, die Interessen und die berufliche Entwicklung aller Mitarbeiter zu fördern, ihre Rechte zu schützen und zur Schaffung von Bedingungen beizutragen, unter denen alle in einer positiven Atmosphäre fruchtbar arbeiten könnten.

56. In dem Jahr seit der letzten Erklärung habe die WHO vor einer Reihe beträchtlicher Herausforderungen gestanden. So hätten die Nachbeben der globalen Wirtschaftskrise erhebliche

Auswirkungen auf die WHO und ihre Arbeit gehabt: aufgrund der Kürzungen im Personalbereich und der operativen Etats steige die Arbeitsbelastung weiter. Die Schließung des Büros des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit (ECEH) in Rom habe ebenfalls beträchtliche Herausforderungen mit sich gebracht. Die EURSA habe sich nach Kräften darum bemüht, die Interessen der 31 dort beschäftigten Bediensteten zu vertreten. Daraufhin seien 14 der 17 international angeworbenen Mitarbeiter des höheren Dienstes (professional staff) versetzt worden, davon neun ins Bonner Büro des ECEH und fünf zum Regionalbüro in Kopenhagen, wohingegen nur drei der insgesamt 14 lokal angeworbenen Mitarbeiter im allgemeinen Dienst (general service staff) übernommen worden seien. Die Räumlichkeiten des Regionalbüros in Kopenhagen seien im Sommer 2011 zweimal überschwemmt worden. Die Bediensteten hätten je nach Tätigkeit von zuhause aus oder in vorübergehenden Einrichtungen auf dem Gelände gearbeitet. Die Störung der normalen Geschäftstätigkeit und insbesondere der IT-Infrastruktur habe sich nachteilig auf die Produktivität und Kommunikation innerhalb der Europäischen Region ausgewirkt.

57. Eine besonders aktive Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Personalvereinigung habe es 2011 auf dem Gebiet der Prävention von Belästigungen und Schikanen am Arbeitsplatz gegeben. Nach der Annahme der neuen globalen Grundsätze für die Prävention von Belästigung und Schikanen am Arbeitsplatz durch die WHO im September 2010 sei im folgenden Jahr ein globaler Beratungsausschuss eingesetzt worden, in den alle Personalvereinigungen der WHO Personalvertreter entsandt hätten. Die EURSA bemühe sich weiter darum, den Bediensteten die Zielsetzung der Grundsätze zu verdeutlichen, die darin bestehe, eine Arbeitsumgebung anzustreben, in der Mitarbeiter auf allen Ebenen Verhaltensweisen vermeiden, die eine Atmosphäre von Feindseligkeit oder Einschüchterung schaffen können.

58. Für die Zukunft habe die EURSA eine Reihe von Themen im Visier, in denen sie sich erfolgreiche und beiderseitig annehmbare Ergebnisse wünsche. Dazu gehöre die Einführung eines einheitlichen obligatorischen Ruhestandsalters (age of separation) für alle Bediensteten. Nach Auffassung der EURSA müsse dieses Alter angemessen sein und sich an den höchsten geltenden Standards im öffentlichen Dienst der Länder der Europäischen Region der WHO orientieren. Eine weitere Aufgabe sei es, eine Einbindung der Mitarbeiter in die Planung des bevorstehenden Umzugs des Regionalbüros in Kopenhagen von den derzeitigen Räumlichkeiten auf den neuen UN City Campus sicherzustellen.

59. Die EURSA hoffe auf eine weiterhin enge Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Leitungsebene. Der WHO stünden eine Vielzahl von Herausforderungen sowie Haushalts- und Personalkürzungen bevor. Gerade in solchen Zeiten seien Kommunikation, Dialog und Rückmeldung am wichtigsten.

Anhang: Zusammensetzung des 19. SCRC (2011–2012)

Mitglieder und Berater

Aserbajdschan

Prof. Ogtay Shiraliyev
Gesundheitsminister

Berater

Dr. Samir Abdullayev
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Gulsom Gurbanova
Leitende Beraterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Belgien

Dr. Daniel Reynders
Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Bulgarien

Dessislava Dimitrova¹
Stellvertretende Gesundheitsministerin

Beraterin

Iskra Andreeva
Dritte Botschaftssekretärin, Ständige Vertretung Bulgariens beim Büro der Vereinten Nationen in Genf

Kroatien

Dr. Krunoslav Capak
Stellvertretender Leiter, Abteilung Umwelt und Gesundheitsökologie, Kroatisches Institut für Gesundheitswissenschaften

Malta

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

Polen

Prof. Miroslaw J. Wysocki
Leiter, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit/Staatliches Institut für Hygiene

Beraterinnen

Katarzyna Rutkowska
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Justyna Tyburska-Malina
Referat Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Russische Föderation

Prof. Veronika Skvortsova
Gesundheitsministerin

¹ Stellvertretende Vorsitzende

Berater

Mark Tsechkovsky
Abteilungsleiter, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Svetlana Axelrod
Stellvertretende Abteilungsleiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Anna Korotkova
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsverwaltung und Informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Pavel Esin
Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Spanien

Dr. Carmen Amela Heras
Generaldirektorin, Abteilung Öffentliche Gesundheit und internationale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

Beraterin

Dr. Karoline Fernández de la Hoz
Leitende Koordinatorin, Generaldirektion Öffentliche Gesundheit und internationale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Chancengleichheit

Schweden

Dr. Lars-Erik Holm²
Generaldirektor und Oberster Gesundheitsbeamter, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Berater

Louise Andersson
Abteilung Europäische Union und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Niclas Jacobson
Referatsleiter, Abteilung Europäische Union und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Bosse Pettersson
Leitender Berater, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Türkei

Dr. Bekir Keskinliç
Stellvertretender Generaldirektor, Generaldirektion für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Berater

Seyhan Sen

² Vorsitzender

Stellvertretender Leiter, EU-Experte, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Ukraine

Prof. Olesya Hulchiy

Vize-Rektorin für internationale Beziehungen, Staatliche Medizinische Universität O. Bohomolets

Vereinigtes Königreich

Prof. David Harper

Generaldirektor, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, internationale Gesundheitspolitik und wissenschaftliche Entwicklung, Gesundheitsministerium

Beraterinnen

Dr. Felicity Harvey

Generaldirektorin, Öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsministerium

Kathryn Tyson

Abteilung Internationales, Gesundheitsministerium

Beobachter

Dr. Ewold Seeba³

Unterabteilungsleiter, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland

Beraterin

Dagmar Reitenbach

Leiterin, Referat Globale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland

³ Mitglied des Exekutivrates aus der Europäischen Region